

Onderzoeksrapport

Wie helpt de consument?

Een onderzoek naar de rol van het
zorgkantoor vóór aanvang zorg

januari 2010

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	13
1.1 Aanleiding	13
1.2 Een praktijkvoorbeeld	13
1.3 Doelstelling onderzoek	14
1.4 Onderzoeksvragen	16
1.5 Informatiebronnen	16
1.6 Leeswijzer	18
2. Context onderzoek	19
2.1 Aanwijzing zorgkantoren	19
2.1.1 Inhoud aanwijzing	19
2.1.2 Service naar klanten	20
2.1.3 Kernrandvoorwaarden	20
2.2 Onderzoek TNS NIPO 'Waar knelt het in de zorg?'	21
2.3 Monitor langdurige zorg 2009-2010	22
2.4 Experiment Foar Elkoar	22
3. Voorlichting	25
3.1 Publieksvoorlichting	25
3.1.1 Zorgkantoren	25
3.1.2 Indicatieorganen	28
3.1.3 Cliëntenorganisaties	29
3.1.4 Overige organisaties	30
3.2 Individuele voorlichting	30
3.2.1 Zorgkantoren	30
3.2.2 Indicatieorganen	31
3.2.3 Cliëntenorganisaties	33
3.2.4 Overige organisaties	34
3.3 Samenvatting	34
4. Concretisering toegang AWBZ-zorg	37
4.1 Vraagverheldering en doorverwijzing	38
4.1.1 Zorgkantoren	38
4.1.2 Indicatieorganen	39
4.1.3 Cliëntenorganisaties	39
4.1.4 Overige organisaties	40
4.2 Procedure indicatieaanvraag	40
4.2.1 Zorgkantoren	40
4.2.2 Indicatieorganen	41
4.3 Uitleg en hulp bij aanvraag indicatie	42
4.3.1 Zorgkantoren	42
4.3.2 Indicatieorganen	43
4.3.3 Cliëntenorganisaties	44
4.3.4 Overige organisaties	45
4.4 Samenvatting	46
5. Conclusies en aanbevelingen	49
5.1 Kader: taken zorgkantoren	49
5.2 Conclusies	49
5.2.1 Functioneren zorgkantoren	50
5.2.2 Overige conclusies	51
5.3 Aanbevelingen	51

5.3.1	Overige aanbevelingen	52
	Bijlage 1. Betrokken organisaties	53

Vooraf

Voor u ligt het rapport 'Wie helpt de consument?' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Het bewaken en versterken van de positie van de consument neemt een belangrijke rol in bij de taakuitoefening van de NZa.

De onderzoeksresultaten laten zien dat consumenten op dit moment te weinig informatie krijgen over keuzemogelijkheden in de AWBZ. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is de kwaliteit en actualiteit van publiek toegankelijke kwaliteitsinformatie. Voorlichting door de zorgkantoren moet meer op de praktijk worden toegesneden, met meer helderheid over de huidige rol van de AWBZ-zorgaanbieders.

Uit de resultaten komt ook naar voren dat afstemming tussen zorgkantoren en gemeenten over hun dienstverlening aan de consument moeizaam op gang komt. Een ander ernstig signaal uit het rapport is dat voorlichting en ondersteuning aan kwetsbare groepen nog geen prioriteit heeft. Coördinatie van gerichte, op het individu toegespitste informatie ontbreekt nog. Een eenduidige ondersteuning (vraagverheldering en indicatiestelling) van de individuele consument ontbreekt met name in de AWBZ-sectoren verpleging en verzorging en geestelijke gezondheidszorg.

De NZa verscherpt de prestatiemeting van zorgkantoren op deze punten, zodat zorgkantoren gestimuleerd worden om hun dienstverlening aan de consument te verbeteren. De NZa zal dit volgen via het jaarlijks aan de Staatssecretaris uit te brengen Algemeen rapport Uitvoering AWBZ.

Voor dit rapport heeft de NZa informatie ingewonnen via bureauonderzoek en interviews bij een steekproef van zorgkantoren, Centrum Indicatiestelling Zorg, Bureau Jeugdzorg, Zorgbelang, MEE, CG-Raad, Foar Elkoar, ActiZ, CVZ en NPCF. Graag bedank ik iedereen die heeft meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM
lid Raad van Bestuur/plv. voorzitter

Managementsamenvatting

Algemeen

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ontwikkelt en bewaakt goed werkende zorgmarkten. De belangen van de consument staan daarbij centraal. Efficiëntie op korte en lange termijn, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot zorg en de kwaliteit zijn gewaarborgd. De consument krijgt zo de beste waar en waarde voor zijn zorgeuro. De aanleiding voor dit onderzoek *'Wie helpt de consument?'* zijn signalen, dat het voor de consument (AWBZ-verzekerde) lang niet altijd even duidelijk is welke stappen hij moet ondernemen om AWBZ-zorg te krijgen.

Het doel van dit onderzoek is het proces vóór aanvang van de zorg in beeld te brengen: welke activiteiten verrichten zorgkantoren in dat proces, hoe stemmen zij hun activiteiten af met andere ketenpartijen en zijn hierbij knelpunten te benoemen.

Jaarlijks beoordeelt de NZa de prestaties van de zorgkantoren kritisch, waaronder hun service naar klanten. De NZa hecht grote waarde aan het consumentenbelang en wil dat de organisaties die onder haar toezicht staan de consument centraal stellen. De NZa zal de resultaten van dit onderzoek gebruiken om de prestatiemeting van de zorgkantoren aan te scherpen. Daarnaast worden de onderzoeksbevindingen betrokken bij de veranderagenda van de Staatssecretaris in de langdurige zorg AWBZ.

Taken Zorgkantoren

Dit onderzoek is relevant voor het prestatieveld 'Service naar klanten' uit de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011. In het bijzonder geldt dit voor de volgende taken die tot dit prestatieveld behoren:

- Taak b: Op een toegankelijke website algemene publieksinformatie beschikbaar stellen over het zorgaanbod in de regio, waaronder actuele informatie over de wachttijden.
- Taak c: Aan gemeenten in de regio ten behoeve van hun taak op het vlak van informatie (lokaal loket) een overzicht bieden van datzelfde aanbod.
- Taak d: Voor voorzieningen voor eerstelijnszorg (CIZ, huisarts, zorginstellingen) in een publieksfolder beschikbaar stellen in de regio over hoe het werkt in de AWBZ.
- Taak f: Desgevraagd aan AWBZ-verzekerden adviseren welke passende zorg waar verkrijgbaar is.

De Staatssecretaris overweegt om de AWBZ per 1 januari 2012 door individuele zorgverzekeraars te laten uitvoeren, na het verstrijken van de termijn van de Aanwijzing. Voordat de Staatssecretaris hiertoe op 1 april 2010 definitief besluit, moet ondermeer voldaan worden aan twee kernrandvoorwaarden.

Het betreft de noodzaak van goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars en het waarborgen van de zorg en ondersteuning aan de meest kwetsbare groepen.

Bevindingen

Voor de uitvoering van het onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende onderzoeksmethodes: literatuuronderzoek en bureauonderzoek over, respectievelijk interviews met zorgkantoren, een districts bureau Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), een Bureau Jeugdzorg (BJZ), een

Zorgbelangorganisatie, een MEE-organisatie, de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-raad), Foar Elkoar, ActiZ, het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Publieksvoorlichting

Hoewel zorgkantoren de rechten van consumenten bij de toegang tot de AWBZ in algemene zin goed uitleggen op hun websites, ontbreekt vaak informatie over de mogelijkheid voor de consument om zijn keuze voor een PGB, zorg-in-natura of voor een bepaalde zorgaanbieder te herzien. Daarnaast verschilt de mate waarin de consument op de website geïnformeerd wordt over de indicatieprocedure, de indicatieorganen, soorten indicaties en regionale informatie per zorgkantoor.

De zorgkantoren bieden de consument slechts beperkte informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod. Geconstateerd is dat geen van de geïnterviewde zorgkantoren controleert of de zorgaanbieder actuele en volledige kwaliteitsinformatie op de website van kiesBeter heeft gezet. Evenmin informeren zorgkantoren de consumenten over de kwaliteit van de AWBZ-zorg van gecontracteerde zorgaanbieders. Dit is relevant als de zorgaanbieders nog geen informatie op kiesBeter heeft gezet. Ook het zorgkantoor zelf heeft betrouwbare informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod nodig om op prijs/kwaliteitverhouding te kunnen inkopen.

Hoewel slechts een klein deel van de zorgvragers zich rechtstreeks tot het CIZ wendt, gaat het CIZ er bij de publieksvoorlichting van uit dat de zorgvrager zelf contact opneemt met het CIZ, hetgeen voor de consument verwarrend kan zijn.

De wet- en regelgeving met betrekking tot jeugdzorg is ingewikkeld, vooral als jeugdigen te maken hebben met gecombineerde indicaties. Dit maakt publieksvoorlichting complex.

Individuele voorlichting

Het zorgkantoor komt bij een individuele zorgvrager niet snel in beeld. Bij dienstverlening aan de individuele consument ziet het ene zorgkantoor zich hooguit als regisseur op de achtergrond, terwijl het andere mogelijkheden ziet om een coördinerende rol op zich te nemen.

Het BIZ indiceert niet alleen de AWBZ-zorgvragers, maar begeleidt deze ook bij de zorgtoewijzing. Casemanagement is weliswaar voor het BIZ slechts een wettelijke taak in het kader van de provinciaal bekostigde zorg, maar het onderscheid met AWBZ-zorg is met name bij gecombineerde indicaties niet strikt te maken. Het CIZ houdt zich uitsluitend bezig met het indiceren van AWBZ-zorgvragers en niet met individuele cliëntondersteuning.

De betekenis van cliëntenorganisatie MEE ligt in de individuele cliëntondersteuning aan cliënten uit de gehandicaptensector. Ook in de andere sectoren blijkt echter behoefte aan dergelijke ondersteuning.

Vraagverheldering en doorverwijzing

Er bestaat behoefte aan individuele hulp bij vraagverheldering en doorverwijzing, door een (onafhankelijke) instantie. Op dit moment zijn er veel partijen die ieder een deel doen met de onvermijdelijke hiaten, overlappingsen en tegenstrijdigheden van dien. Het veld ziet hier zowel mogelijkheden voor het zorgkantoor als voor een (uitgebreide) MEE-organisatie. Vraagverheldering behoort niet tot het huidige takenpakket van het zorgkantoor.

Indicatieaanvraag

Het zorgkantoor heeft geen formele rol bij de indicatieaanvraag, maar moet de zorgvrager wel informeren over hoe hij zijn recht op AWBZ-zorg kan verzilveren. De mate waarin zorgkantoren (keten)overleg voeren met indicatieorganen, MEE, ziekenhuizen en zorgaanbieders verschilt per zorgkantoor. Het gaat daarbij ondermeer om de afstemming van de dienstverlening aan de consument, waaronder de indicatieprocedure.

Uitleg en hulp bij aanvraag indicatie

Zorgkantoren en andere organisaties informeren de consument over de indicatieaanvraag op basis van de formele route, waarbij de consument zich rechtstreeks tot het CIZ wendt. De praktijk is vaak anders: vaak wendt de consument zich rechtstreeks tot een zorgaanbieder. Dit is verwarrend voor consumenten, zij zijn gebaat bij eenduidige informatie. Zorgkantoren zien in het algemeen uitleg van de indicatieprocedure aan de consument niet als hun primaire taak en zien zichzelf ook niet als ondersteuner voor de individuele consument. Zij zien bij het verhelderen van de zorgbehoefte een belangrijke rol voor MEE, de huisarts, de indicatieorganen en/of eventuele gemeentelijke loketten.

De bij het onderzoek betrokken zorgkantoren en indicatieorganen geven geen extra informatie of ondersteuning aan kwetsbare groepen. Samenwerking tussen zorgkantoren en gemeenten over afstemming van dienstverlening en voorzieningen komt maar moeizaam op gang.

MEE neemt als cliëntondersteuner voor mensen met een langdurige beperking een bijzondere positie in. MEE wijst een consulent toe aan de individuele cliënt voor de begeleiding bij de indicatieaanvraag en het vervolg daarvan. MEE werkt met zorgaanbieders, zorgkantoren en gemeenten samen ter verbetering van de dienstverlening aan de cliënt en het herkennen van kwetsbare groepen. Individuele cliëntondersteuning en een specifieke benadering van extra kwetsbare groepen ontbreekt in de V&V en GGZ-sector. Daar staat of valt individuele begeleiding met mantelzorg, huisarts en/of (grote) lokale zorgaanbieder. Veldpartijen vinden die individuele hulp wel belangrijk zeker gezien de ingewikkelde wet- en regelgeving.

Conclusies

De NZa concludeert het volgende:

De NZa constateert op basis van haar onderzoek dat de huidige informatietaak van zorgkantoren over keuzemogelijkheden voor de consument in de AWBZ beter moet worden ingevuld. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is de kwaliteit en actualiteit van publiek toegankelijke kwaliteitsinformatie. Ook constateert de NZa in haar onderzoek dat theorie en praktijk in de voorlichting over het verkrijgen van de indicatie uiteenlopen. Die voorlichting door de zorgkantoren moet meer op de praktijk worden toegesneden. Met name de huidige rol van de AWBZ-zorgaanbieder is hierin onderbelicht.

De NZa constateert dat samenwerking moeizaam op gang komt tussen zorgkantoren en gemeenten over afstemming van dienstverlening en voorzieningen ten dienste van de consument. Daarnaast stelt de NZa vast dat voorlichting en ondersteuning aan kwetsbare groepen nog geen prioriteit heeft.

Geen van de bij het onderzoek betrokken zorgkantoren geeft algemeen toegankelijke informatie over huisartsen en/of ziekenhuizen en transfer-verpleegkundigen in hun mogelijke rol voor de consument bij doorverwijzing en verkrijging van zorg.

Een aantal zorgkantoren houdt regelmatig ketenoverleg met CIZ, MEE, ziekenhuizen (transferverpleegkundigen) en AWBZ-zorgaanbieders. De NZa beschouwt dit als een best practice, die navolging verdient.

De NZa constateert verder dat de coördinatie van gerichte op het individu toegespitste informatie ontbreekt. Eenduidige ondersteuning (vraagverheldering en indicatiestelling) van de individuele consument ontbreekt, met name in de AWBZ-sectoren V&V en GGZ. MEE neemt als cliëntondersteuner voor mensen met een langdurige beperking een bijzondere positie in. MEE wijst een consulent toe aan de individuele cliënt voor de begeleiding bij de indicatieaanvraag en het vervolg daarvan.

De NZa is van mening dat een cliëntondersteuner desgevraagd (toekomstige) AWBZ-zorgvragers moet helpen bij het tijdig verkrijgen van de juiste AWBZ-zorg. Het zorgkantoor kan deze rol op zich nemen. Ook kan het zorgkantoor afspraken maken met andere organisaties – dichter bij de uitvoering van de zorg – om deze taak als cliëntondersteuner op zich te nemen.

De versnipperde wet- en regelgeving voor kinderen en jongeren (jeugdzorg, AWBZ-zorg en gemeentelijke zorg) wordt als ingewikkeld ervaren, zowel door consumenten als door het BJJ. Dit blijkt vooral bij cliënten met gecombineerde indicaties, waarbij de zorg deels ten laste komt van de provincie respectievelijk de AWBZ en de Zvw. Daarnaast is afstemming van beleid tussen het CIZ en het BJJ lastig. Het BJJ en het CIZ hebben niet overeenkomende werkgebieden, waardoor het afstemmen van werkprocessen en het opstellen van indicatieprotocollen wordt bemoeilijkt.

Moeilijk in te schatten is welke effecten het overnemen van de taken van het zorgkantoor door de AWBZ-verzekeraar vanaf 2012 heeft op de kwaliteit van de dienstverlening aan de consument. Duidelijk is echter dat de hiervoor door de Staatssecretaris benoemde randvoorwaarden van goede samenwerking met gemeenten en ondersteuning van kwetsbare groepen beter door de zorgkantoren moeten worden ingevuld. Veel zal afhangen van de mate waarin de AWBZ-verzekeraar (financieel) risico loopt als de dienstverlening aan de consument onder de maat is. Het onderzoek heeft zich overigens vooral toegespitst op de komende jaren, waarin het primaat nog bij het zorgkantoor ligt.

Aanbevelingen

Voor het jaarlijks door de NZa uit te brengen rechtmatigheidonderzoek brengt de NZa de prestaties van alle concessiehouders/zorgkantoren afzonderlijk in beeld.

De aanbevelingen van de NZa richten zich primair op de zorgkantoren, en kunnen meer expliciet onderwerp zijn van de prestatiemeting die zij jaarlijks uitvoert in het kader van het rechtmatigheidonderzoek. Dienstverlening aan consumenten is een belangrijk aandachtsgebied van zorgkantoren. Om te bewerkstelligen dat zorgkantoren meer aandacht krijgen voor consumenten en de individuele consument in het bijzonder, vindt de NZa dat zij meer werk moeten maken van:

Taken, reeds ingezet in het Convenant zorgkantoren 2006-2008

- het bevorderen van de actualiteit en juistheid van de publiekelijk toegankelijke kwaliteitsinformatie over het gecontracteerde zorgaanbod (prestatieveld Service aan klanten, taak b);
- voorlichting aan de consument over het verkrijgen van de indicatie die aansluit op de praktijk, waarbij de zorgaanbieder in deze procedure

veelal een belangrijke rol speelt (prestatieveld Service aan klanten, taak f).

Nieuwe taken gebaseerd op de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011

- samenwerking met gemeenten over afstemming van dienstverlening en voorzieningen voor de consument (kernrandvoorwaarde);
- voorlichting en ondersteuning aan kwetsbare groepen over uitleg en hulp bij het aanvragen van een indicatie (kernrandvoorwaarde);
- de publieksvoorlichting over de rol van huisartsen en/of ziekenhuizen en transferverpleegkundigen, bij doorverwijzing en verkrijging van zorg (prestatieveld Service aan klanten, taak d);
- het initiëren van ketenoverleg met CIZ, BJZ, MEE, ziekenhuizen en AWBZ-zorgaanbieders (prestatieveld Service aan klanten, taak c).

Het zorgkantoor kan de rol van cliëntondersteuner op zich nemen. Ook kan het zorgkantoor afspraken maken met andere organisaties – dichterbij de uitvoering van de zorg – om deze taak als cliëntondersteuner op zich te nemen. Verwacht mag worden dat de individuele zorgverzekeraar een vergelijkbare verantwoordelijkheid draagt vanaf 2012, indien deze de AWBZ voor eigen verzekerden moet uitvoeren. Deze rol is momenteel niet expliciet aan zorgkantoren toebedeeld. De NZa adviseert de minister mogelijkheden daarvoor te onderzoeken.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Het behartigen van de belangen van de consument neemt in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) een belangrijke plaats in. Artikel 3, lid 3 van de Wmg zegt daarover: "De zorgautoriteit stelt bij de uitoefening van haar taken het algemene consumentenbelang voorop". De missie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is het maken en bewaken van goed werkende zorgmarkten. De belangen van de consument staan daarbij centraal. Efficiëntie op korte en lange termijn, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot zorg en de kwaliteit zijn gewaarborgd. De consument krijgt zo de beste waar en waarde voor zijn zorgeuro.

De aanleiding voor dit onderzoek *'Wie helpt de consument?'* zijn signalen, dat het voor de consument (de AWBZ-verzekerde) lang niet altijd even duidelijk is welke stappen hij moet ondernemen om AWBZ-zorg te krijgen.¹

Een van de bronnen van de signalen is het reguliere rechtmatigheids-onderzoek dat de NZa jaarlijks uitvoert naar het functioneren van de zorgkantoren. Toegankelijkheid van zorg² en Kwaliteit zorgverlening³ zijn hiervan twee belangrijke onderdelen. De NZa heeft geconstateerd dat de zorgkantoren zich op een aantal onderdelen nog kunnen verbeteren.

De NZa wil inzicht krijgen in het proces vóór aanvang zorg, welke rol de verschillende partijen hierin hebben en in het bijzonder welke rol het zorgkantoor speelt als regisseur in de keten van zorgvraag tot indicatiestelling. Met de resultaten van dit onderzoek kan de NZa de prestatie-meting zorgkantoren verfijnen en daarmee zorgen dat prestaties van zorgkantoren verder verbeteren. Op deze wijze verschaft de NZa meer duidelijkheid over wat zij van zorgkantoren verwacht. Daarnaast kan de NZa aanbevelingen doen die bijdragen aan het oplossen van ervaren knelpunten.

1.2 Een praktijkvoorbeeld

Dat het proces van zorgvraag tot indicatiestelling en verder niet altijd soepel verloopt, wordt hierna geïllustreerd met een praktijkvoorbeeld. Hieruit blijkt dat coördinatie tussen de verschillende actoren niet altijd een vanzelfsprekendheid is. Informatie is soms tegenstrijdig of onbetrouwbaar, waardoor de consument door de bomen het bos niet meer ziet.

¹ Zie ook het project 'Verbetering Communicatie AWBZ-keten', waarin helder taalgebruik en klachtgerichtheid in de communicatie naar de cliënt centraal staat.

² Voor dit onderdeel wordt met name gekeken naar toepassing van de AZR en het opstellen van de overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder en het bewaken van de nakoming daarvan.

³ Het zorgkantoor moet hierbij onder andere (actuele) informatie beschikbaar stellen over wachttijden bij de gecontracteerde zorgaanbieders.

Situatie: Cliënte (circa 80 jaar) heeft een ongeval gehad. Het ongeval is gebeurd buiten de zorgkantorregio waar zij woont. Familie van cliënte heeft geprobeerd zorg voor haar te regelen en kwam de volgende organisaties op haar weg tegen. Per instantie is aangegeven wat de boodschap aan de zorgvrager was.

Ambulancepersoneel: Het ambulancepersoneel is het eerste zorgcontact voor cliënte. Omdat volgens hen geen ziekenhuisopname nodig is (hetgeen achteraf een onjuiste diagnose zou blijken), wordt cliënte thuisgebracht en is ze aangewezen op zorgalternatieven.

Huisarts: Om de benodigde 24-uurs zorg te verkrijgen, neemt de familie contact op met de huisarts. De assistente van de huisarts geeft, ook in latere stadia, meestal aan dat op een later moment teruggebeld moet worden, omdat de huisarts niet bereikbaar is. Pas aan het einde van een lange zoektocht, na lang aandringen, regelt de huisarts een plaats in een verzorgingshuis voor een tijdelijke opname. Dan zijn er sinds het ongeval al zes dagen verstreken.

Zorgverzekeraar: Voordat cliënte tijdelijk is opgenomen, wendt cliënte zich tot haar zorgverzekeraar. Ze wil naar een zorghotel. Volgens de zorgverzekeraar valt dit niet onder de zorgverzekering. Bovendien moeten ze de thuiszorg dan nog zelf regelen. Daarom ziet cliënte hiervan af.

Zorgkantoor: Het zorgkantoor geeft bij het eerste contact aan een plek te gaan zoeken voor cliënte. Het zorgkantoor geeft, na verschillende contactpogingen door cliënte, aan dat een verzorgingshuis plaats voor haar heeft (wat achteraf onjuist blijkt te zijn - zie bij verzorgingshuis). Vervolgens stuurt het zorgkantoor cliënte door naar het CIZ. Het CIZ verwijst weer naar het zorgkantoor.

CIZ: Het CIZ verwijst voor een spoedindicatie op zijn beurt weer terug naar de huisarts. Omdat die het niet tijdig heeft geregeld, pakt het CIZ dit later weer op. Het CIZ geeft later aan dat het zorgkantoor een fout heeft gemaakt en verzorgingshuizen had moeten bellen voor een plaats. Dat moet cliënte nu maar zelf doen. Het CIZ kan niets meer doen.

Verzorgingshuis: Het verzorgingshuis geeft aan dat er geen plaats is, tenzij cliënte naar een verder weg gelegen locatie wil reizen. Het verzorgingshuis zegt dat het zorgkantoor wel vaker foutieve informatie geeft over het aantal beschikbare plaatsen bij de verzorgingshuizen.

Conclusie: Cliënte heeft uiteindelijk de overbruggingszorg in beperkte mate, en pas weer enkele dagen later, gekregen. Deze wordt uiteindelijk geregeld door de huisarts bij een verzorgingshuis in combinatie met thuiszorg. (Familie van) cliënte werd veel heen en terug verwezen door de verschillende organisaties, waaronder het zorgkantoor. Geen enkele instantie nam een 'leidende rol' op zich om cliënte uiteindelijk op de goede plek in zorg te krijgen. Uiteindelijk deed de huisarts dit.

1.3 Doelstelling onderzoek

Bewaking en versterking van de positie van de consument spelen bij de taakuitoefening van de NZa een belangrijke rol.

In het Visiedocument van de NZa *'(In) het belang van de consument'* zijn drie invalshoeken genoemd die voor de consument van belang zijn:

- 1. de consument heeft (keuze)mogelijkheden;
- 2. de markt is transparant;
- 3. de rechtspositie van de consument is goed geregeld.

Ad 1. Keuzemogelijkheden voor de consument staan centraal in de publicatie van de uitkomsten van de Consumer Quality-index (CQ-index) op kiesBeter.⁴ Daar publiceren zorgaanbieders tevens de uitkomsten van zelfonderzoek over hun zorginhoudelijk handelen, en worden kerngegevens vermeld over kwaliteitscertificering en IGZ-bevindingen.

Ad 2. Dit onderzoek *'Wie helpt de consument'* richt zich vooral op de tweede invalshoek: transparantie voor de consument, met name de rol van het zorgkantoor en de communicatie met de verzekerde hierover, vóórdat de AWBZ-zorg feitelijk is begonnen.

Ad 3. De rechtspositie van de consument staat centraal in het overheidsprogramma *'Investeren in de zorgrelatie: zeven rechten voor de cliënt in de zorg'*.⁵ Daarmee wil het kabinet bereiken dat de consument goede zorg krijgt, die past bij zijn behoefte en dat hij zijn weg vindt in de vele mogelijkheden die de zorg biedt.

Het optimaliseren van de informatievoorziening aan de consument kan diens positie versterken. Vanwege de door hen als ingewikkeld ervaren procedures om AWBZ-zorg te kunnen verkrijgen, hebben consumenten vaak de hulp van derden nodig.

Het doel van dit onderzoek is het proces vóór aanvang zorg in beeld te brengen: welke activiteiten verrichten zorgkantoren in dat proces voor hun verzekerden? Hoe stemmen zorgkantoren hun activiteiten af met andere ketenpartijen, die ook bij deze dienstverlening zijn betrokken? Zijn hierbij knelpunten te benoemen, en zo ja, op welke wijze kunnen deze worden opgelost? Dit onderzoek houdt hierbij rekening met de taken die in de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 opgenomen zijn en met de door de Staatssecretaris gestelde kernrandvoorwaarden.

Voor het jaarlijks door de NZa uit te brengen rechtmatigheidonderzoek⁶ brengt de NZa de prestaties van alle zorgkantoren afzonderlijk in beeld. Met de resultaten van het onderzoek *'Wie helpt de consument'* kan de NZa de prestatiemeting zorgkantoren verfijnen. Door het opnemen van concrete elementen in de prestatiemeting die betrekking hebben op de activiteiten van zorgkantoren vóór aanvang zorg, wordt gestimuleerd dat zorgkantoren hierop maximaal presteren. Bijsturing van zorgkantoren vindt plaats op basis van de individuele rapportages per concessiehouder met, indien nodig, ook voorstellen tot handhaving. In het algemeen rapport *'Uitvoering AWBZ door AWBZ-verzekeraars, de concessiehouders en het CAK'* zal de NZa vervolgens aangeven in welke mate zorgkantoren hieraan ook daadwerkelijk invulling geven.

⁴ Met de CQ-index wordt op gestandaardiseerde wijze de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart gebracht, zowel wat patiënten belangrijk vinden als wat hun ervaringen zijn met de zorg. De CQ-index is onderdeel van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verantwoorde zorg bestaat uit de volgende thema's: Zorg(behandel)-/leefplan, Communicatie en informatie, Lichamelijk welbevinden, Zorginhoudelijke veiligheid, Woon- en leefomstandigheden, Participatie en sociale redzaamheid, Mentaal welbevinden, Veiligheid wonen/verblijf, Voldoende en bekwaam personeel en Samenhang in zorg. Het kwaliteitskader Verantwoorde zorg – Verpleging, Verzorging en zorg Thuis is tot stand gekomen door onderlinge samenwerking van vertegenwoordigende organisaties van cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de IGZ en het ministerie van VWS.

⁵ Zie brief aan de TK kenmerk MC-U-2852129 van 23 mei 2008.

⁶ Gemeen rapport Uitvoering AWBZ door AWBZ-verzekeraars, de concessiehouders en het CAK.

1.4 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen hebben onder meer betrekking op de informatievoorziening aan consumenten over de wijze waarop zij hun recht op AWBZ-zorg kunnen verzilveren. Voor de zelfredzaamheid van de consument is dit van wezenlijk belang.

De NZa verstaat onder zelfredzaamheid, dat de consument of zijn vertegenwoordiger redelijkerwijs in staat is met vertrouwen een geïnformeerde en vrije keus te maken voor de zorgaanbieder die het beste aan zijn wensen voldoet.

Bij het opstellen van de onderzoeksvragen zijn de in de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 opgenomen taken van zorgkantoren en de door de Staatssecretaris gestelde kernrandvoorwaarden leidend.

De onderzoeksvragen hebben betrekking op:

- Voorlichting over de toegang tot de AWBZ
 - Publieksvoorlichting: welke algemene informatie verstrekken organisaties (zorgkantoren, indicatieorganen en andere organisaties) over hoe het werkt in de AWBZ aan potentiële zorgvragers (indicatieaanvraag, keuzemogelijkheden zorg-in-natura en persoonsgebonden budget (PGB), wel of geen voorkeursaanbieder, kwaliteit van AWBZ-zorg, wachtlijsten, eigen bijdragen, et cetera)?
 - Individuele voorlichting: welke informatie verstrekken organisaties gericht op individuele situaties en personen?
 - Zijn er specifieke knelpunten te benoemen?
- Procedure aanvraag indicatie
 - Uitleg en hulp bij aanvraag indicatie: wat is de rol van het zorgkantoor? Wat is de rol hierbij van een lokaal gemeentelijk (Wmo-)loket?
 - Hoe verloopt de vraagverheldering: ondersteuning bij het formuleren van de zorgbehoefte?
 - Algemeen: bestaat er onderscheid tussen verschillende doelgroepen⁷; is er specifieke aandacht voor kwetsbare doelgroepen (allochtonen, zorgvragers zonder mantelzorg et cetera)?
 - Zijn er specifieke knelpunten te benoemen?

1.5 Informatiebronnen

Voor de uitvoering van het onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende onderzoeksmethodes: literatuuronderzoek, bureauonderzoek naar de bij het onderzoek betrokken organisaties en interviews.

In het proces vóór aanvang zorg kunnen verzekerden – naast de huisarts en de zorgaanbieder – direct te maken krijgen met: indicatieorganen (BJZ en CIZ), MEE en zorgkantoren. Organisaties, die geen directe relatie met individuele verzekerden hebben maar wel hun algemene belangen behartigen zijn – naast de NZa – onder andere: ActiZ, Zorgbelang-organisaties, de CG-raad, de NPCF en het CVZ.

In bijlage 1 is de bemoeienis van deze organisaties uitgewerkt.⁸

⁷ Indicatiebesluiten afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) versus indicatiebesluiten door Bureau Jeugdzorg (BJZ).

⁸ Dit is geen limitatieve opsomming. Naast de hiergenoemde organisaties zijn er nog diverse andere cliëntenorganisaties, zoals LOC, LSR, Per Saldo, Landelijk Platform GGZ, Platform VG, Mezzo en Ouderenorganisaties.

Bureauonderzoek/literatuuronderzoek

De NZa heeft de websites van bovengenoemde, bij het onderzoek betrokken, organisaties geanalyseerd aan de hand van de volgende aspecten:

- Uitleg procedure indicatieaanvraag toegesneden op de regionale situatie;
- Uitleg over de rechten en de keuzemogelijkheden van de zorgvrager bij de indicatieaanvraag;
- Uitleg over de mogelijkheden voor hulp bij het aanvragen van de indicatie;
- Uitleg over de mogelijkheden om een lokaal (Wmo-)loket te raadplegen;
- Aandacht voor kwetsbare doelgroepen in de informatieverstrekking;
- Uitleg over hoe te handelen in acute situaties;
- Informatie over de kwaliteit van de door de zorgaanbieder geleverde AWBZ-zorg;
- Uitleg over de eigen bijdrageregelingen AWBZ.

Ook is het dossier *Rechtmatigheidsonderzoek*⁹ van de bij het onderzoek betrokken zorgkantoren onderzocht.

Daarnaast zijn de volgende stukken bij het onderzoek betrokken:

- Convenant zorgkantoren 2006-2008;
- Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 inclusief mandaat- en volmachtverlening inzake uitvoering van werkzaamheden zorgkantoren;
- Onderzoeksresultaten 'Waar knelt het in de zorg?' van NPS NIPO van 17 april 2009;
- Monitor langdurige zorg 2009-2010 van de NPCF;
- Uitkomsten van het Experiment Foar Elkoar.

Interviews

Er hebben interviews plaatsgevonden met vertegenwoordigers van:

- Vier (aselect door de NZa getrokken) concessiehouders (die zeven zorgkantoren vertegenwoordigen);
- Een districts bureau Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ);
- Een Bureau Jeugdzorg (BJZ);
- Een Zorgbelangorganisatie;
- Een MEE-organisatie;
- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-raad);
- Foar Elkoar;
- ActiZ;
- College voor zorgverzekeringen (CVZ);
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

De NZa is van mening dat hiermee een goed algemeen beeld wordt verkregen.

De interviews hebben plaatsgevonden met deskundigen die door hun organisaties zijn aangewezen. Van alle interviews heeft de NZa verslagen gemaakt en deze zijn voorgelegd aan de geïnterviewden om te beoordelen of daarmee het gesprek juist is weergegeven. Bovendien is de kwaliteit van de informatie voor dit onderzoek geborgd door de terugkoppeling van de algemene onderzoeksbevindingen aan de geïnterviewden.

⁹ Dit betreft de volgende onderwerpen: toegankelijkheid van zorg, kwaliteit zorgverlening, persoonsgebonden budget, klachtenbehandeling en eigen bijdragen intramuraal.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 komen de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 en enkele aan dit onderzoek gerelateerde externe onderzoeken aan de orde.

De hoofdstukken 3 en 4 bevatten de onderzoeksbevindingen, waarbij hoofdstuk 3 met name ingaat op de voorlichting aan consumenten over de wijze waarop zij toegang tot AWBZ-zorg kunnen krijgen en hoofdstuk 4 op de dienstverlening aan de individuele consument rond de vraagverheldering en de indicatieaanvraag.

Hoofdstuk 5 sluit af met de conclusies en aanbevelingen.

2. Context onderzoek

Dit hoofdstuk geeft in paragraaf 2.1 een beknopte uiteenzetting van de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011, die in de plaats is getreden van het Convenant zorgkantoren 2006-2008. De belangrijkste taken van zorgkantoren zijn hierin vastgelegd. Hieruit vloeit ook voort welke dienstverlening consumenten van zorgkantoren mogen verwachten.

Dit hoofdstuk geeft in paragraaf 2.2 een beknopte beschrijving van de voor dit onderzoek relevante conclusies uit gerelateerde externe onderzoeken. Eerst komen de resultaten van het recente NPS NIPO onderzoek 'Waar knelt het in de zorg?' aan bod. Vervolgens de Monitor langdurige zorg 2009-2010 van de NPCF en de uitkomsten van het Experiment Foar Elkoar.

Het NZa-onderzoek *'Wie helpt de consument?'* heeft diverse raakvlakken met de in deze paragraaf genoemde onderzoeken. Deze leveren bruikbare achtergrondkennis op waarmee de NZa bij de opzet van dit onderzoek rekening heeft gehouden.

De uitkomsten van deze onderzoeken en van het NZa-onderzoek kunnen dienen als input voor de veranderagenda die de Staatssecretaris in de langdurige zorg AWBZ voor ogen heeft.

2.1 Aanwijzing zorgkantoren

Tot en met 2008 zijn de taken van de zorgkantoren gebaseerd op het Convenant zorgkantoren 2006-2008. Zorgkantoren hebben in het Convenant de taak gekregen om consumenten te faciliteren, zodat deze op basis van de juiste informatie op het juiste moment de juiste beslissingen kunnen nemen. Per 1 januari 2009 is het Convenant vervangen door de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011.¹⁰

- Bij de opzet van dit onderzoek is vorengenoemde Aanwijzing voor een belangrijk deel leidend. De NZa onderkent dat van zorgkantoren niet kan worden verwacht dat zij de in de Aanwijzing opgenomen taken direct volledig uitvoeren. Wel kan van zorgkantoren worden verwacht dat zij direct starten met het uitvoeren van deze taken.
- Dit onderzoek bij een beperkt aantal zorgkantoren is niet bedoeld om de zorgkantoren te beoordelen op het uitvoeren van bedoelde taken. In het algemeen rapport *'Uitvoering AWBZ door AWBZ-verzekeraars, de concessiehouders en het CAK'* over 2009 zal de NZa de resultaten van onderzoek bij alle zorgkantoren rapporteren. Wel geeft dit NZa-onderzoek *'Wie helpt de consument?'* inzicht in de stand van zaken.

2.1.1 Inhoud aanwijzing

De Staatssecretaris van VWS heeft in het kader van de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 met de zorgverzekeraars afgesproken dat zorgkantoren eenduidig eisen zullen stellen aan zorginstellingen op het gebied van verantwoording en informatievoorziening.

Dit geldt bijvoorbeeld voor de kwaliteitseisen bij de zorginkoop.

Zorgkantoren zullen zoveel mogelijk aansluiten bij de normen voor verantwoorde zorg, zodat instellingen niet onnodig worden geconfronteerd met verschillende kwaliteitssystemen.

¹⁰ Zie brief van de Staatssecretaris aan de TK van 11 november 2008 (Z/VU-2892514).

Zorgkantoren zullen in de regio met de cliëntenorganisaties, de zorgverzekeraars, de gemeenten en zorgaanbieders samenwerken om de inkoop af te stemmen op de behoeften van de AWBZ-verzekerden in hun regio. Cruciale elementen daarbij zijn samenhang van zorg en ondersteuning over domeingrenzen heen en keuzevrijheid en diversiteit in wonen. Bij de uitvoering van de AWBZ zullen de zorgkantoren zich duidelijk in de regio inbedden, als herkenbare uitvoeringsorganen van de AWBZ. Daarmee zijn de zorgkantoren:

- een duidelijk aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden in de regio, en voor mensen met een zorgindicatie als zij aangewezen zijn op langdurige zorg;
- een duidelijk aanspreekpunt voor zorgaanbieders en gemeenten, mede gelet op de wenselijke ketenzorg dementie en maatschappelijke opvang.

Zorgkantoren zullen zich daarbij richten op een drietal prestatievelden: service naar klanten, zorginkoop en contractering en moderne administratieve organisatie. De zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben deze prestatievelden nader uitgewerkt in een aantal taken, in de mandaat- en volmachtverlening inzake uitvoering van werkzaamheden zorgkantoren.

2.1.2 Service naar klanten

Voor dit onderzoek is met name het prestatieveld Service naar klanten relevant. Voor dit NZa-onderzoek zijn met name de volgende in de mandaat- en volmachtverlening genoemde taken van belang:

- Taak b: Op een toegankelijke website algemene publieksinformatie beschikbaar stellen over het aanbod dat in de regio beschikbaar is voor het verlenen van zorg waarop op grond van de AWBZ aanspraak bestaat, waaronder actuele informatie over de wachttijden.
- Taak c: Aan gemeenten in de regio ten behoeve van hun taak op het vlak van informatie (lokaal loket) een overzicht bieden van datzelfde aanbod.
- Taak d: Voor voorzieningen voor eerstelijnszorg (CIZ, huisarts, zorginstellingen) in de regio een publieksfolder beschikbaar stellen over hoe het werkt in de AWBZ.
- Taak f: Desgevraagd aan AWBZ-verzekerden adviseren welke passende zorg waar verkrijgbaar is.

Zorgkantoren moeten hierbij het principe hanteren dat de AWBZ-verzekerde centraal staat. De AWBZ-verzekerde is er bij gebaat om via zo weinig mogelijk 'tussenstations' de geïndiceerde zorg te krijgen van zijn aanbieder van voorkeur. De organisatie van het zorgkantoor moet zich, aldus de aanwijzing, dan ook richten op het goed op elkaar afstemmen van de keten, waar op elkaar aansluitende informatie aan de AWBZ-verzekerde wordt verstrekt.

2.1.3 Kernrandvoorwaarden

De Staatssecretaris overweegt om de AWBZ per 1 januari 2012 door individuele zorgverzekeraars te laten uitvoeren, na het verstrijken dus van de termijn van deze Aanwijzing. Wil ze hiertoe conform haar voornemen op 1 april 2010 definitief besluiten, benoemt ze ondermeer als randvoorwaarden een goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars, en waarborgen voor de zorg en ondersteuning voor de meest kwetsbare groepen.¹¹

¹¹ Zie brief van de Staatssecretaris aan de TK van 12 juni 2009 (DLZ/CB-U-2912189).

2.2 Onderzoek TNS NIPO 'Waar knelt het in de zorg?'

TNS NIPO heeft in het voorjaar van 2009, in opdracht van de NZa, onderzoek gedaan naar knelpunten in de zorg.¹² Dat onderzoek is uitgevoerd onder drie verschillende doelgroepen: mensen die een knieoperatie hebben ondergaan, reumapatiënten en mensen die betrokken zijn geweest bij het zoeken naar een verpleeg- of verzorgingshuis.¹³

Hoewel het TNS NIPO zich primair richtte op het zoekproces naar een verpleeg- of verzorgingshuis en niet op het verkrijgen van toegang tot de AWBZ-zorg (de indicatie), is er wel een aantal raakvlakken met het voorliggende NZa-onderzoek *'Wie helpt de consument'*.

Aan consumenten en overige betrokkenen bij het zoeken naar een verpleeg- of verzorgingshuis is gevraagd hoe men elk van de informatiebronnen, die men hiervoor heeft gebruikt, zou beoordelen op een aantal aspecten. Over het algemeen is de consument erg tevreden over elk van de gebruikte informatiebronnen. Wel valt op dat:

- Het ziekenhuis (bij doorverwijzing) op alle punten erg hoog scoort, bovenal op klantvriendelijkheid;
- De huisarts minder goed beoordeeld wordt op juistheid van diens informatieverstrekking;
- Het CIZ wat minder goed scoort op snelle beschikbaarheid en bereikbaarheid;
- Het zorgkantoor wat lager scoort op de hoeveelheid informatie en 'op de juiste persoon gericht'.

De eigen betrokkenheid bij het zoeken naar een verpleeg- of verzorgingshuis is groot. Ten aanzien van het zoekproces komt een aantal zaken regelmatig naar voren:

- Men zoekt een instelling in de omgeving/dichtbij een familielid;
- Er is vaak op de korte termijn geen plaats;
- De huisarts is er vaak bij betrokken (vooral als men niet vanuit een ziekenhuissituatie komt);
- In sommige gevallen zijn een maatschappelijk werker, een thuiszorginstelling en/of een ziekenhuis er bij betrokken;¹⁴
- Er is (eerst) een indicatie aangevraagd bij het CIZ.

Twee op de vijf respondenten zien het CIZ als partij die een rol speelt bij het verkrijgen van zorg, voor mensen die vanuit de ziekenhuissituatie komen is dit iets lager (32%).

Het zorgkantoor speelt maar een bescheiden rol; bij mensen die plotseling moeten worden opgenomen speelt het zorgkantoor in 17% van de gevallen een rol.

Belangrijk is ook dat consumenten die betrokken zijn geweest bij het zoeken naar een verpleeg- of verzorgingshuis vooral te maken hebben met problemen op het gebied van wachttijden en beschikbaarheid van plaatsen (in de omgeving).

¹² TNS NIPO, 'Waar knelt het in de zorg? Knelpunten bij knieoperaties, zorg voor reumapatiënten en bij het zoeken naar een verpleeg- of verzorgingshuis', 7 april 2009.

¹³ TNS NIPO, rapport F4188 17 april 2009.

¹⁴ Voor mensen die vanuit het ziekenhuis in een verpleeg- of verzorgingshuis terecht komen is, heeft 40% het zoekproces als (zeer) eenvoudig ervaren, tegenover een kwart van de mensen die niet vanuit een ziekenhuissituatie kwamen.

2.3 Monitor langdurige zorg 2009-2010

In het kabinetsstandpunt *'Zeker van zorg, nu en straks'*¹⁵ hebben de gezamenlijke cliëntenorganisaties een grote rol toebedeeld gekregen bij het monitoren van de gevolgen van de pakketmaatregelen¹⁶ voor consumenten. In aansluiting hierop heeft het ministerie van VWS de NPCF, namens de cliëntenorganisaties in de caresector¹⁷, voor de periode 1 januari 2009 tot en met 31 december 2010 een projectsubsidie verleend. Het betreft het in kaart brengen van de ervaringen van de consumenten bij de uitvoering van de opgestelde veranderagenda langdurige zorg AWBZ.

In eerste instantie richt het project zich voornamelijk op de gevolgen van de maatregelen, in een latere fase zal het zwaartepunt zich meer verleggen naar de andere programmalijnen: invoering van zorgzwaartepakketten, ketenzorg bij chronische ziekte en kwaliteit van de uitvoering AWBZ. De resultaten van de monitor dragen bij aan het preciseren van de koers van de langdurige zorg, en bij de besluitvorming over eventuele bijstelling van de genomen maatregelen, indien deze leiden tot ongewenste gevolgen voor consumenten.

De eerste uitkomsten van deze monitor zijn bekend. Opvallende en voor het NZa-onderzoek relevante bevindingen zijn de volgende: 91% van de geïnterviewde klanten van MEE voelt zich begrepen in zijn vraag, hetzelfde geldt voor 76% van de geïnterviewde klanten van Wmo-loketten. Daar waar de dienstverlening aan mensen met een chronische beperking – door MEE – goed geborgd lijkt, geldt dat intussen niet voor andere grote cliëntgroepen in de V&V en GGZ-sector.

De NPCF noemt de noodzaak tot:

- een vorm van casemanagement voor mensen met een progressieve chronische ziekte (bijvoorbeeld dementie);
- goed functionerende steunpunten voor mensen met chronische psychiatrische problematiek.

Deze eerste uitkomsten tonen aan dat in de coördinatie van de dienstverlening rondom de consument nog forse vooruitgang geboekt kan worden. De GHZ-sector is hierbij een positieve uitzondering.

2.4 Experiment Foar Elkoar

Het kabinet staat een beleid voor ogen waarbij de uitvoering van de AWBZ wordt uitgevoerd door risicodragende zorgverzekeraars. Een belangrijke kernrandvoorwaarde daarbij is afstemming tussen de AWBZ-verzekeraar en de gemeente. Deze afstemming moet ook leiden tot adequate dienstverlening aan de consument.

Het ministerie heeft diverse experimenten gesubsidieerd waarin gestreefd wordt naar één loket waar mensen met al hun vragen over wonen, welzijn, zorg en dienstverlening terecht kunnen voor onafhankelijke en eenduidige informatie. Dus zowel met vragen over de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als over de AWBZ. Eén van die experimenten is Foar Elkoar. De ervaringen van het experiment Foar Elkoar zijn in dit verband interessant.

¹⁵ TK 2007-2008, 30597, nr. 15.

¹⁶ Die aanspraken op de functie Begeleiding AWBZ zijn per 1 januari 2009 sterk versoberd.

¹⁷ Dit zijn: CG-raad, LOC/LPR, VG Platform, Landelijk Platform GGZ, Per Saldo, NPCF, CSO.

Foar Elkoar¹⁸ is opgezet als experiment met het doel voor 2009 in de provincie Friesland een eenduidige en objectieve cliëntondersteuning en cliëntinformatiesysteem vorm te geven. Het experiment moest burgers faciliteren bij de toegang tot wonen, zorg (AWBZ en Zvw), welzijn (Wmo) en dienstverlening, waardoor ze in hun eigen woonomgeving en sociale structuren zo optimaal mogelijk kunnen (blijven) functioneren.

Foar Elkoar heeft een dienstverleningsconcept ontwikkeld dat gericht was op de (toen ophanden zijnde) Wmo. De essentie bij dit concept is dat partijen als gemeenten, zorgkantoor, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, woningcorporaties, het CIZ en MEE gezamenlijk hun informatie, advies en cliëntondersteuning gaan inrichten met als doel de zelfredzaamheid van de consument te versterken om de maatschappelijke participatie te bevorderen.

Cliëntondersteuning is het optimaal faciliteren van de burger bij het verkrijgen van toegang tot wonen, welzijn en zorg door het bundelen van 'versnipperde' informatie, uitgebreide vraagverheldering en kortdurende en kort cyclische ondersteuning bij keuzes op diverse levensterreinen. Belangrijk daarbij is de onafhankelijkheid van het loket, zowel qua inhoud als qua financiering.

Van de loketten is (gedurende de looptijd van het experiment) beperkt gebruik gemaakt. De verwachtingen waren hoger gespannen. Op basis van het volgen van individuele hulpvragen, is door Foar Elkoar geconcludeerd dat de 'één-loket-gedachte' wel in een behoefte voorziet. Een positief punt bleek dat de woningbouwcorporaties bereid waren om mee te betalen. Woningbouwcorporaties worden veelvuldig geconfronteerd met sociale problemen, zo'n loket kan hierbij een belangrijke functie vervullen.

Het doel van Foar Elkoar om per loket één totaal pakket te leveren is niet gerealiseerd¹⁹. De reden hiervan was dat Foar Elkoar niet (tijdig) op alle onderstaande vraagstukken een adequaat antwoord heeft gevonden:

- Financiering: Wie betaalt wat? Gekozen is voor een status quo; hetgeen de participerende organisaties in de oude situatie investeerden, investeren zij ook in de nieuwe situatie;
- Aanbestedingsprocedure: Aanbesteding in de zorg bleek een obstakel te zijn en maakte het moeilijk om onderscheid te maken tussen zorgaanbieders die wel en die niet 'productie' gegund krijgen;
- Regie: Wie heeft het voor het zeggen? Niet alle gemeenten wilden meewerken, omdat ze dan de regie kwijt waren (21 van de 31 gemeenten deden uiteindelijk mee). Foar Elkoar heeft hiervoor een samenwerkingsovereenkomst opgesteld waarin de zeggenschap was geregeld. Deze overeenkomst is uiteindelijk niet getekend, omdat partijen daartoe niet 'gedwongen' konden worden;
- Borgen inhoudelijke informatie: Het waarborgen van vertrouwelijkheid van bedrijfsgegevens en privacygevoeligheid van cliëntgegevens was een knelpunt.

¹⁸ Deelnemende partijen aan het experimentele project zijn: Zorgkantoor Friesland, Vereniging Friese Gemeenten, Provincie Fryslân, CIZ Fryslân, Zorgbelang Fryslân, MEE Friesland, Stichting Welzijn Ouderen organisaties, woningcorporaties, koepelorganisaties voor verpleeg- en verzorgingshuizen: Zorgschap Fryslân, 't Stip, Delphion, mantelorganisatie Cozorg en Stichting Partoer.

¹⁹ Wel heeft Foar Elkoar, samen met Zorgbelang Fryslân, een instrument ontwikkeld om de tevredenheid van de service en dienstverlening van het loket te toetsen. Dit instrument, de Sterrengids, toetst de kwaliteit van dienstverlening van 31 Friese Wmo-loketten. Uitgangspunt is een integrale benadering voor de burger, wat betekent één toegang tot Wmo, AWBZ, wonen en diensten.

Een meer realistisch doel is de informatievoorziening aan de burger zo in te richten dat de burger in maximaal één stap naar de juiste instantie wordt doorverwezen.

Inmiddels is de subsidiëring van Foar Elkoar per 1 januari 2009 stopgezet. De deelnemende partijen moeten de initiatieven vanaf 2009 zelf financieren en organiseren.

3. Voorlichting

Goede voorlichting over de toegang en invulling van de AWBZ is voor (toekomstige) consumenten onontbeerlijk. De al eerder genoemde organisaties zoals het zorgkantoor en de indicatieorganen hebben ieder een belangrijke rol in voorlichting aan consumenten. In dit hoofdstuk komt naar voren op welke wijze daar invulling aan wordt gegeven. Allereerst wordt hier het thema 'publieksvoorlichting' besproken en vervolgens wordt ingegaan op de voorlichting die op individuele situaties en personen is gericht.

3.1 Publieksvoorlichting

De bron van voorlichting kan een zorgkantoor, een indicatieorgaan, een zorgaanbieder zelf, een cliëntenorganisatie of een andere instantie zijn.²⁰ Deze organisaties verspreiden de informatie bijvoorbeeld via folders, via websites (digitaal), telefonisch, of face-to-face contact met de consument. De inhoud ervan is in te delen in voorlichting over de inhoud van het recht op AWBZ (wat consumenten uiteindelijk behoren te krijgen) en op welke wijze zij dat recht kunnen verzilveren (het proces). Tot slot is het soms relevant om de frequentie en tijdigheid te bezien waarmee informatie verspreid wordt: is het een eenmalige folder of een systeem dat up-to-date gehouden moet worden?.

Voor de indeling van dit hoofdstuk is de bron van voorlichting als leidraad gebruikt. Indien dat de helderheid ten goede komt, worden ook de andere elementen benoemd.

3.1.1 Zorgkantoren

Bij de algemene publieksvoorlichting door zorgkantoren over hoe het werkt in de AWBZ gaat het om thema's als de indicatiestelling, de leveringsvorm (keuze tussen zorg-in-natura en PGB en de mogelijkheid om daarop terug te komen), de kwaliteit van door zorgaanbieders geleverde zorg, de wijze waarop de consument zijn aanbieder van voorkeur kan aangeven, zorgbemiddeling door het zorgkantoor, wachtlijst-informatie en de procedures rond de eigen bijdragen en inning door het CAK. Deze voorlichtingstaken zijn gerelateerd aan de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 (zie paragraaf 2.1).

Inhoud: indicatiestelling

De algemene informatie over de indicatieaanvraag, die op de websites van de vier bij het onderzoek betrokken zorgkantoren is gevonden, verschilt per zorgkantoor. Alle zorgkantoren geven wel algemene informatie over de indicatieaanvraag en over de rol van het CIZ hierbij. Eén zorgkantoor noemt naast het CIZ tevens het BJZ, legt tevens het onderscheid uit tussen intra- en extramurale zorg en geeft ook enige, op de regio toegesneden informatie. Een ander zorgkantoor benoemt eveneens het BJZ en het onderscheid tussen intra- en extramurale zorg, maar geeft geen regiospecifieke informatie. De twee overige zorgkantoren bieden nauwelijks extra informatie.

²⁰ Naast genoemde organisaties biedt ook www.regelhulp.nl de consument ondersteuning bij het verkrijgen van zorg, hulp en financiële ondersteuning. Regelhulp is een soort routeplanner (webloket) voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen. Het gaat om voorzieningen en ondersteuning van verschillende organisaties, zoals de gemeente, het CIZ, UWV en UWV WERKbedrijf. De consument kan in Regelhulp voorzieningen aanvragen of zich aanmelden voor een gesprek over ondersteuning.

Alle geïnterviewde zorgkantoren linken consumenten op hun websites door naar het CIZ. Twee zorgkantoren doen dit tevens naar het BJZ.

Eén zorgkantoor relativeert de formele weg van de indicatieaanvraag als volgt:

Wij verwijzen voor nadere informatie consequent door naar het CIZ en het BJZ, ook voor de door hen uit te geven folders en andere informatie. Wij constateren dat het merendeel van de indicatieaanvragen namens de consument door de zorgaanbieder bij het CIZ wordt ingediend. Door de zorgaanbieder dus. De formele weg (zoals vastgelegd in folders en dergelijke), dat de consument de indicatie (zelf) bij het CIZ moet aanvragen, wordt zelden gevolgd.

Twee zorgkantoren verstrekken aan de consument samenhangende informatie over zowel de indicatie als de herindicatie en verwijzen (inclusief links) naar organisaties die helpen bij de aanvraag voor de indicatie en de herindicatie (genoemd wordt MEE). De andere twee zorgkantoren beperken zich bij (her)indicatie slechts tot verwijzen naar telefoonnummers of sites.

Geen van de vier zorgkantoren informeert de consument over de enkelvoudige (geprotocolleerde) respectievelijk meervoudige indicaties, benoemt de mogelijkheid tot het raadplegen van een lokaal AWBZ/Wmo-loket of geeft blijk van specifiek beleid voor kwetsbare doelgroepen.

Wel leggen zorgkantoren de PGB-procedure duidelijk uit op de website en via informatiebijeenkomsten voor nieuwe PGB-houders.

Inhoud: leveringsvorm en kwaliteit van zorg

Om AWBZ-zorg te krijgen, zijn er voor consumenten twee leveringsvormen: òf men krijgt de zorg-in-natura waarbij men feitelijk niets merkt van de financieringsstroom, òf men krijgt een PGB waarmee de consument zelf de zorg inkoop. De keuze is in principe vrij. Belangrijk is het wel dat de consument weet heeft van de voor- en nadelen van zorg-in-natura en PGB maar ook, dat de consument überhaupt weet *dat* hij mag kiezen.

Van de vier geïnterviewde zorgkantoren verstrekken er twee zowel informatie over de keuzemogelijkheid tussen zorg-in-natura en PGB als over de mogelijkheid voor de consument deze keuze te herroepen.²¹ Overigens maakt één van deze twee zorgkantoren deze informatie pas bekend op PGB-voorlichtingsbijeenkomsten. Te laat dus, omdat de keuze voor PGB of zorg-in-natura dan vaak al gemaakt is. Het is niet ondenkbaar dat de consument een andere keuze gemaakt zou hebben wanneer deze al eerder (via bijvoorbeeld de website van het zorgkantoor) zou zijn voorgelicht.

In de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 is opgenomen dat zorgkantoren eenduidig eisen zullen stellen aan zorginstellingen op het gebied van verantwoording en informatievoorziening. Dit geldt bijvoorbeeld voor de kwaliteitseisen bij de zorginkoop. Zorgkantoren moeten zoveel mogelijk aansluiten bij de normen voor verantwoorde zorg (zie ook paragraaf 2.1.1).²²

Geen van de bij het onderzoek betrokken zorgkantoren biedt op de eigen website informatie over de kwaliteit van de gecontracteerde zorg-

²¹ Een derde zorgkantoor heeft naar aanleiding van dit onderzoek deze informatievoorziening inmiddels ook opgepakt.

²² Zie ook brief van de Staatssecretaris aan de TK, kenmerk DLZ/SFI-U-2949988 van 11 september 2009.

aanbieders aan. Wel streven alle geïnterviewde zorgkantoren ernaar dat er informatie van de zorgaanbieders zelf op de website van het zorgkantoor komt.²³ De zorgkantoren zijn soms echter terughoudend voor te groots opgezette systemen op dit gebied, omdat dat er toe kan leiden dat er (te) veel verschillende (soms tegenstrijdige) informatiebronnen komen. Zij achten het daarom beter om door te verwijzen naar de website van kiesBeter.nl, waarop ook kwaliteitsinformatie beschikbaar is. KiesBeter is een adequaat onafhankelijk platform waarop de consument informatie per zorgaanbieder kan inzien over de kwaliteitskaart. Het betreft een zelfonderzoek van de zorgaanbieder naar diens (verantwoorde) zorg, personeels- en cliënttevredenheid over de zorgaanbieder, kwaliteitscertificering en bevindingen van de IGZ.

Twee van de vier zorgkantoren hebben een link naar kiesBeter.nl geplaatst op de eigen website. De bij het onderzoek betrokken zorgkantoren verspreiden geen kwaliteitsinformatie via folders, terwijl het zorgkantoor ook een informatietaak heeft voor consumenten die geen toegang tot internet hebben. Eén zorgkantoor heeft aangegeven de informatievoorziening over de kwaliteit van de gecontracteerde AWBZ-zorg geen taak van het zorgkantoor te vinden.

Alle geïnterviewde zorgkantoren geven aan dat dit punt van kwaliteitsinformatie aan de consument hun voortdurende aandacht heeft.²⁴

Geen van de bij het onderzoek betrokken zorgkantoren controleert of de zorgaanbieder actuele en volledige kwaliteitsinformatie op kiesBeter heeft gezet, waarvan de normen van Verantwoorde zorg deel uitmaken. Dit is weliswaar geen wettelijke taak van het zorgkantoor, maar het zorgkantoor heeft een betrouwbare informatievoorziening over de normen wel nodig om op prijs/kwaliteitverhouding te kunnen inkopen: vergelijkbare informatie, waarover de consument moet kunnen beschikken voor het maken van een keuze.

Eén van de geïnterviewde zorgkantoren zet overigens wel een informatieplatform op. Hierin leveren zorgaanbieders wachtlijstgegevens en kwaliteitsgegevens van zorgaanbieders.

Inhoud: toegang, zorgbemiddeling en eigen bijdragen

Het zorgkantoor vervult binnen de procedure van de toegang tot de AWBZ een belangrijke rol. Daarnaast heeft het zorgkantoor tot taak om consumenten – als de consument daarom vraagt – te ondersteunen bij het proces van het kiezen van een aanbieder. In het verlengde daarvan heeft een zorgkantoor ook een taak op het terrein van zorgbemiddeling en voorlichting over wat de (financiële) consequenties zijn van het verkrijgen van AWBZ-zorg (eigen bijdragen). Zie ook in de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 genoemde taken in het kader van het prestatieveld service naar klanten (taak f, paragraaf 2.1.2).

In dit onderdeel wordt ingegaan op de vraag of zorgkantoren duidelijk en adequate informatie verstrekken. Consumenten moeten immers allereerst *weet hebben* van het feit dat ze kunnen kiezen. In de praktijk geven de geïnterviewde zorgkantoren aan dat consumenten een aanbieder mogen kiezen. Slechts twee zorgkantoren vermelden daarbij dat consumenten op deze keuze terug kunnen komen.

²³ Een aantal zorgkantoren geeft wel aan of een zorgaanbieder gecertificeerd is.

²⁴ In de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 is opgenomen dat zorgkantoren eenduidig eisen zullen stellen aan zorginstellingen op het gebied van verantwoording en informatievoorziening. Dit geldt bijvoorbeeld voor de kwaliteitseisen bij de zorginkoop. Zorgkantoren moeten zoveel mogelijk aansluiten bij de normen voor verantwoorde zorg. Zie ook brief van de Staatssecretaris aan de TK, kenmerk DLZ/SFI-U-2949988 van 11 september 2009.

Het is daarom van belang dat deze informatie tijdig aan bod komt. Als een consument informatie te laat krijgt (als de keuze feitelijk al gemaakt is) dan schiet het zijn doel voorbij.

Zorgkantoren hebben de mogelijkheid tot zorgbemiddeling op de website staan. Eén zorgkantoor geeft ook nadrukkelijk aan met de consument te overleggen voordat met een zorgaanbieder in contact wordt getreden. Daarnaast wordt (meest op de websites) van de zorgkantoren duidelijk aangegeven dat de consument eigen bijdragen moet betalen binnen de AWBZ. Voor de nadere invulling daarvan wordt altijd doorverwezen naar de website van het CAK.

Frequentie en tijdigheid: wachtlijst-informatie

Als consumenten weten dat ze recht hebben op een AWBZ-verstrekking en het zorgkantoor hen op de juiste manier door het proces heeft geleid, dan is het nog belangrijk dat de consument weet *wanneer* hij of zij het recht kan verwezenlijken. Het belangrijkste aspect daarbij is wachtlijst-informatie (zie ook taak b, paragraaf 2.1.2).

Goede wachtlijst-informatie moet regionaal gerelateerd zijn aan het gecontracteerde aanbod van de zorgkantoren, up-to-date, betrouwbaar en eenvoudig. De zorgkantoren geven aan dat het over het algemeen nu nog moeilijk is om goede regio-gebonden wachtlijst-informatie te verschaffen. Zorgkantoren wijten dit mede aan een nog niet optimaal functionerend AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Zoals al gesteld, is het immers belangrijk dat de informatie ook bruikbaar en up-to-date is, omdat er anders juist meer 'mist' gecreëerd wordt. Twee zorgkantoren geven aan dat ze al wel wachtlijst-informatie hebben, maar dat deze nog niet betrouwbaar genoeg is.

De zorgkantoren vertrouwen er voorlopig op dat de zorgaanbieders in kwestie eventueel overbruggingszorg aanbieden aan de wachtende consumenten of deze terugmelden. Informatie over de wachttijden aan de consument staat nog in de kinderschoenen.²⁵

Onafhankelijk van de vraag of de wachtlijst-informatie aanwezig en goed bruikbaar is, geldt het vereiste dat consumenten moeten weten of en hoe zij eventueel overbruggingszorg kunnen krijgen. Slechts twee van de vier zorgkantoren verstrekken over dit aspect duidelijke informatie op de website en via folders.

3.1.2 Indicatieorganen

Iedere consument die zijn recht op de AWBZ-zorg wil verzilveren, heeft een indicatie nodig van het CIZ of het BJZ. Het verschilt per type indicatie, aandoening en urgentie in welke mate een consument zelf iets merkt van het indicatieorgaan.

De indicatiestellers proberen namelijk zoveel mogelijk informatie te verzamelen zonder direct in contact te treden met de cliënt zelf. Bovendien komen de meeste indicatieaanvragen bij het CIZ terecht via een zorgaanbieder. Het kan dan gaan om eenvoudige indicaties (Standaard Indicatie Protocol) meestal via de huisarts of via een AWBZ-zorgaanbieder die door de cliënt feitelijk al gekozen is. Slechts een klein deel van de cliënten komt rechtstreeks bij het CIZ,

²⁵ De huidige AZR 2.2 biedt zorgkantoren de mogelijkheid een overzicht per zorgaanbieder te genereren met relatief veel openstaande zorgtoewijzingen zonder (overbruggings)zorg. Op basis hiervan zou gericht actie op tijdige zorgverlening en dito terugmelding mogelijk moeten zijn. De in ontwikkeling zijnde versie AZR 3.0 zal zorgkantoren nog meer (noodzakelijke) mogelijkheden bieden.

waarvan het grootste gedeelte cliënten betreft die een PGB-aanvraag doen.²⁶

Ondanks dit relatief geringe aantal directe contacten verzorgen ook de indicatieorganen informatiestromen richting (potentiële) consumenten. Het CIZ verstrekt veel informatie via de eigen website en via folders. De folders worden cliënten toegestuurd vlak voor, tijdens of na het vaststellen van het indicatiebesluit en bevatten informatie over het indicatiebesluit zelf en over de procedure na het besluit. Om een bredere doelgroep te bereiken, worden ook folders bij huisartsen en transferpunten neergelegd. Een belangrijk aspect daarvan is: 'U heeft zorg nodig, hoe regelt u dat?'. In deze folder wordt van de procedure uitgegaan dat de cliënt zelf eerst contact opneemt met het CIZ (dus zonder tussenkomst van bijvoorbeeld een zorgaanbieder).

Het BJZ heeft met een breed scala aan wet- en regelgeving en geldstromen te maken. Naar verhouding neemt de uitvoering van de AWBZ slechts een klein deel van het takenpakket van het BJZ in. Zowel voor medewerkers van het BJZ als voor consumenten wordt de materie als ingewikkeld ervaren, vooral als jeugdigen te maken hebben met gecombineerde indicaties. Een goede publieksvoorlichting hierover is navenant moeilijk. Wel is er volgens het geïnterviewde BJZ vooruitgang in de samenwerking en informatie-uitwisseling met het zorgkantoor. Dit verbetert ook het inzicht in wachtlijsten en dergelijke.

Het BJZ noch het CIZ maken op hun websites een onderscheid in het indicatieproces tussen intra- en extramurale zorg en bieden evenmin regio-specifieke informatie, anders dan contactinformatie. Dit past in het streven van de overheid naar een onafhankelijke, objectieve en landelijk uniforme indicatiestelling.

3.1.3 Cliëntenorganisaties

In het kader van dit onderzoek is ook gesproken met enkele cliëntenorganisaties, namelijk met een MEE, de CG-raad, de NPCF en een Zorgbelangorganisatie.

Belangrijkste vraag is daarbij wat zij (kunnen) doen voor de consumenten naast de reguliere voorlichting door zorgkantoor en indicatieorgaan en wat hun beeld is van de publieksvoorlichting over de AWBZ door andere organisaties.

Zowel Zorgbelang als MEE werken aan publieksvoorlichting over de toegang tot de AWBZ.²⁷ Zoals dat ook voor de andere organisaties geldt, is de website daarbij een belangrijk medium. Zaken als PGB (met alle rechten en plichten), zoekmethoden naar aanbieders, uitleg over eigen bijdragen, krijgen dan ook op de website een plaats. Belangrijk is dat MEE informatie over de kwaliteit en dergelijke van zorgaanbieders niet via de website verspreidt, maar de informatie via maatwerk met de cliënt tot zijn recht laat komen.

Een taak als zorgbemiddeling blijft bij het zorgkantoor berusten. Naast de website is een uniek product van MEE het aanbieden van cursussen.

²⁶ Het bij het onderzoek betrokken CIZ districtbureau heeft aangegeven dat ongeveer 15% van de indicatieaanvragen rechtstreeks van cliënten komen. Het bij het onderzoek betrokken BJZ heeft aangegeven dat ongeveer 90% van de AWBZ-indicatieaanvragen rechtstreeks van cliënten afkomstig zijn. Het verschil met de cijfers van het CIZ wordt verklaard doordat de aanvragen bij het BJZ voor het overgrote deel aanvragen voor een PGB zijn.

²⁷ Naast Zorgbelang zijn uiteraard ook andere cliëntenorganisaties actief op dit terrein.

Illustratief is bijvoorbeeld de cursus 'omgaan met instanties', die door de bij het onderzoek betrokken MEE-organisatie gegeven is.

Verschillende organisaties verzorgen publieksvoorlichting via folders. Diverse organisaties wijzen erop dat er soms te veel (voor de doelgroep ingewikkelde) informatie beschikbaar is waardoor tevens het gevaar groter is dat er ook tegenstrijdige informatie bekend wordt. De interviews met de verschillende organisaties benadrukken het belang van samenwerking en actualisatie en niet in de laatste plaats: aansluiting bij de praktijk. Een positief punt is dan ook dat verschillende zorgkantoren bij de voorlichting steeds vaker cliëntenorganisaties betrekken.

MEE maakt op de website bij de informatie over het indicatieproces een onderscheid tussen het BIZ en het CIZ en benoemt ook het onderscheid tussen intra- en extramurale zorg. Regiospecifieke informatie wordt niet op de website gegeven.

3.1.4 Overige organisaties

Ook enkele overige organisaties, betrokken bij de AWBZ, zoals Foar Elkoar, CVZ en ActiZ zijn gevraagd naar hun ervaringen met de publieksvoorlichting over de AWBZ. Het probleem is dat veel informatie te generiek en soms te gefragmenteerd is om voldoende praktisch te zijn. Er is door deze organisaties erop gewezen dat iedere organisatie (ook de zorgaanbieder zelf) op zijn eigen manier informatie over de AWBZ en de toegang tot de AWBZ verspreidt. Daarbij kiest elke organisatie ook de voor hem relevante thema's.

Daarnaast vinden ook deze organisaties de informatie vaak te ingewikkeld voor de doelgroep. Op verschillende aspecten is er te veel aan informatie zodat een consument eerder minder dan meer begrijpt van het systeem van de AWBZ. Het risico bestaat dat informatie tegenstrijdig wordt (bijvoorbeeld verschillende wachtlijstsystemen, verschillen in actualiteit en verschillen in wachtlijstdefinities). Coördinatie, bundeling van informatie is soms beter dan nieuwe, extra informatie die verwarrend is voor de zorgvrager. Het ontbreken van op individuele zorgvragers gerichte, begrijpelijke en betrouwbare informatie over toegang tot AWBZ-zorg wordt als een gemis ervaren. In het door het Ministerie van VWS geïnitieerde project 'Verbetering Communicatie AWBZ-keten', wordt door diverse ketenpartijen (waaronder het CIZ, zorgkantoren en het CAK) gewerkt aan helder taalgebruik en klachtgerichtheid in de communicatie naar de consument.

3.2 Individuele voorlichting

3.2.1 Zorgkantoren

Het zorgkantoor zelf komt voor een individuele AWBZ-verzekerde niet snel in beeld. Zorgkantoren maken bij de zorginkoop wel afspraken met zorgaanbieders om de consumenten goed en tijdig van zorg te voorzien, hetgeen dan door de voorkeurszorgaanbieder van de consument zelf gebeurt. Niet alle individuele consumenten hebben een voorkeursaanbieder opgegeven. Dat kan het gevolg zijn van te weinig kennis of van een kwetsbare positie waarin de zorgvrager zich bevindt. Het zorgkantoor heeft dan een taak in het kader van de zorgbemiddeling en bij crisissituaties (zie het praktijkvoorbeeld in paragraaf 1.2). Ook heeft het zorgkantoor een taak bij overbruggingszorg.

Daarnaast moet het zorgkantoor individuele AWBZ-verzekerden desgevraagd adviseren welke passende zorg waar verkrijgbaar is.²⁸ Deze taak is benoemd onder prestatieveld Service aan klanten, taak f van de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 (zie paragraaf 2.1.2).

Meedenker

Over de vraag welke rol zorgkantoren moeten en kunnen spelen, wordt verschillend gedacht door de geïnterviewde zorgkantoren. Eén zorgkantoor geeft expliciet aan dat invulling van taken op het gebied van voorlichting aan individuele consumenten meer gezocht moet worden bij (landelijke) cliëntenorganisaties. Maar ook zorgaanbieders zelf zouden, volgens dit zorgkantoor, een belangrijke rol kunnen spelen; het zorgkantoor kan dan als regisseur op de achtergrond het proces volgen.

Een ander zorgkantoor had hierover een andere visie: hoewel het in de praktijk nog vaak niet zo werkt, kan het zorgkantoor veel meer de rol van 'de persoon die de consument bij de hand neemt' krijgen. Dat vereist een andere manier van denken.

Het zorgkantoor was in het verleden niet veel meer dan een administratiekantoor. Het zorgkantoor zou per cliënt een vaste contactpersoon moeten aanwijzen en daartoe natuurlijk ook de mogelijkheden krijgen. Deze rol past het zorgkantoor omdat het ook, indien nodig, sturend kan optreden (bijvoorbeeld via de zorginkoop), en bovendien een belangrijke rol speelt bij de zorgbemiddeling.

De behoefte aan een dergelijke 'meedenker' wordt overigens onderstreept door verschillende praktijkverhalen van de zorgkantoren zelf: de callcenters en balies staan voortdurend mensen te woord (soms ook zorgaanbieders) die verdwaald zijn in de AWBZ.

Crisissituaties

Met name in crisissituaties moet een consument steeds onverwijld in zorg kunnen worden genomen. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat de keten goed geïnformeerd is. Dit blijkt overigens geen vanzelfsprekendheid, omdat geen van de geïnterviewde zorgkantoren over actuele informatie beschikt over het aantal bezette en nog beschikbare crisisplaatsen en -bedden. Het zorgkantoor heeft de regie bij de inzet van AWBZ-zorg in spoedsituaties.

3.2.2 Indicatieorganen

Voor wat betreft de taak en werkwijze van de indicatieorganen op het gebied van de individuele voorlichting is er een duidelijk verschil tussen het BJZ en het CIZ. Terwijl het BJZ ook voor de plaatsing van AWBZ-clianten bij zorgaanbieders verantwoordelijk is, heeft het CIZ geen taak bij plaatsing van cliënten of het verstrekken van keuze-informatie aan de cliënt. Het CIZ geeft gewoonlijk slechts de keuze van de cliënt door aan het zorgkantoor (bij verzending van het indicatiebesluit).

In de praktijk leidt deze werkwijze niet altijd tot bevredigende situaties. Dat heeft twee redenen:

- Veel cliënten melden zich via tussenkomst van een zorgaanbieder bij het CIZ en hebben dus kennelijk al een voorkeur uitgesproken. Echter, het is maar de vraag of deze keuze dezelfde zou zijn geweest als de cliënt meer of betere informatie ter beschikking zou hebben gehad.

²⁸ Ook deze taak is expliciet benoemd naar aanleiding van de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011, maar wordt hier verder niet besproken.

- Deze conclusie wordt ondersteund door een lopend project van zorgkantoor, zorgaanbieders, cliëntondersteuning en cliëntenorganisaties in de regio Drenthe waarbij de cliënt bij de indicatieaanvraag géén voorkeur meer bekend maakt. Deze keuzevraag komt pas aan bod nadat het zorgkantoor aan de betreffende cliënt via onder meer een informatiepakket, persoonlijke ondersteuning en voorlichtingsbijeenkomsten een zo volledig en betrouwbaar mogelijk beeld heeft geschetst. Het voordeel is tevens dat het zorgkantoor meer dan voorheen zijn kennis over het gecontracteerde zorgaanbod met de consumenten kan delen en omgekeerd de cliëntenkeuzen kan meenemen in zijn contracteerbeleid;²⁹
- De cliëntkeuze voor een zorgaanbieder wordt bij het CIZ meestal vastgelegd op instellingsniveau, en niet op het niveau van cliëntvoorkeur, die vaak uitgaat naar één bepaalde locatie (binnen de instelling). Dat komt doordat instellingen met verschillende locaties vaak maar één AGB-code³⁰ hanteren, die voor het vastleggen van de cliëntkeuze door het CIZ gebruikt moet worden. Problemen kunnen dan nog wel worden opgelost als de consument zijn voorkeur voor een bepaalde locatie helder aangeeft, zodat het CIZ dit in een specifiek toelichtingveld kan vastleggen.

Schattingen over het aantal consumenten dat een voorkeursaanbieder opgeeft, lopen uiteen. Overigens is het concept aanbieder van voorkeur betrekkelijk gezien de beperkte kennis bij de consument van het zorgaanbod. Ongeveer 80% van de consumenten geeft al bij het indiceren een voorkeursaanbieder aan, 10% doet dat niet maar wordt relatief snel geholpen door bureau zorgtoewijzing van het zorgkantoor en de overige 10% heeft duidelijk meer sturing nodig.

Zoals gezegd, voert het BJZ meer taken uit naast het indiceren van cliënten. Hoewel het geen wettelijke taak is van het BJZ om AWBZ-geïndiceerden te begeleiden bij zorgtoewijzing, doet het BJZ dit vaak wel. De reden hiervoor is dat casemanagement wél onderdeel is van de indicatiestelling voor de psychosociale zorg (die door de provincies gefinancierd wordt) en het voor het BJZ niet altijd mogelijk en wenselijk is om onderscheid tussen psychosociale en AWBZ-zorg te maken. Het BJZ verstaat onder casemanagement het begeleiden van cliënten naar de zorg.

Acute situaties

De indicatieorganen wordt voortdurend gevraagd om uitleg te geven over indicaties in spoedsituaties. Het BJZ heeft daarvoor een folder ('als het nodig is, regelen we direct opvang voor uw kind').

Voor AWBZ-zorg in crisissituaties is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om een cliënt in zorg te nemen en achteraf bij het CIZ een indicatie aan te vragen. Het CIZ geeft echter wel aan dat deze procedure vaak moet worden toegelicht, omdat zorgaanbieders deze ook voor situaties gebruiken waarvoor het niet bedoeld is. Voor consumenten is de informatie over 'hoe te handelen in een crisissituatie' alleen bekend via een algemene folder 'u heeft zorg nodig'. Belangrijk is dat niet alleen de zorgaanbieder weet welke stappen er doorlopen moeten worden, maar ook de consument weet heeft van de rechten die hem of haar in een dergelijke situatie toekomen.

²⁹ Bedoeld wordt het project 'Persoonsvolgende bekostiging (PVB) Drenthe'.

³⁰ Algemeen GegevensBeheer Zorgverlenerscode.

3.2.3 Cliëntenorganisaties

De toegevoegde waarde van cliëntenorganisatie MEE ligt in de *individuele* hulp aan cliënten (vooral in de gehandicaptenzorg), waaronder uiteraard ook individuele voorlichting. Zorgbelang, de CG-raad en de NPCF hebben in principe geen op de individuele cliënt gerichte voorlichting, hoewel Zorgbelang en de NPCF desondanks vaak benaderd wordt door consumenten met vragen over de toegang tot de AWBZ.

Het feit dat de cliëntenorganisaties relatief veel vragen krijgen over de toegang tot de zorg, informatie en advies moeten geven en begeleiding naar de zorg toe, laat zien dat hieraan behoefte is en dat consumenten geen andere weg weten. Cliëntenorganisaties pakken deze taken (noodgedwongen) op. Deze werkzaamheden hebben nauw verband met de aan zorgkantoren toegewezen taak f (zie paragraaf 2.1.2).

Het gaat dan bijvoorbeeld om zorgbemiddeling, afspraken met zorgaanbieders over onder meer crisisopvang en uitleg over de mogelijkheden in de AWBZ (PGB en zorg-in-natura).

De cliëntenorganisaties merken (met name in de verpleging en verzorging) dat consumenten zich nogal eens rechtstreeks bij een zorgaanbieder melden.

Zoals al eerder besproken, is dit in veel sectoren de gangbare praktijk geworden. Een probleem daarbij is, dat de consument dan wél in een vroeg stadium zijn keus heeft moeten bepalen. Vooral bij gebrek aan voldoende keuzeinformatie kan dat ongewenst zijn. Bovendien is het onwenselijk als de informatie en de praktijk uitéén lopen: in theorie moet de consument eerst bij het indicatieorgaan langs, in de praktijk is de zorgaanbieder vaak de ingang.

Informatievoorziening bij individuele cliëntondersteuning

Een terugkerend aspect in de interviews is een bijzondere vorm van individuele voorlichting, namelijk als onderdeel van individuele cliëntondersteuning.

Zoals hiervoor al gesteld, wordt door het BIZ de cliënt vaak volledig bij de hand genomen door een begeleider aan een cliënt te koppelen. Het BIZ controleert daarbij ook achteraf nog of de zorg naar tevredenheid is (geweest). Het blijkt dat zowel consumenten als cliëntenorganisaties deze vorm van begeleiding erg waarderen.

Verschillende voor dit onderzoek geïnterviewde organisaties vinden dat individuele cliëntondersteuning bij het zorgkantoor belegd zou kunnen worden, voor zover deze niet al bij een andere organisatie is opgepakt. Het zorgkantoor heeft immers goed zicht op de aanbieders (met afwegingen ten aanzien van doelmatigheid en kwaliteit) en kan cliëntervaringen ook koppelen aan de zorginkoop. Voor consumenten biedt het de meerwaarde dat ze door maar één instantie begeleid worden en daar de op hun situatie toegesneden informatie krijgen. Zo gaf Zorgbelang te kennen dat zorgaanbieders en bemiddelingsbureaus soms druk uitoefenen op consumenten om voor een PGB te kiezen (hetgeen de zorgaanbieder in casu beter uit zou komen). Het zorgkantoor ondersteunt de consument bij *deze keuze* (tussen PGB en zorg-in-natura) vanuit de gedachte dat het een vrije keuze van de consument moet zijn.

Het feit dat cliëntenorganisaties in de informatievoorziening naar elkaar verwijzen, is een extra reden om deze taak duidelijk bij één instantie te beleggen. Of dit dan het zorgkantoor moet zijn, dan wel een organisatie dichter bij de uitvoering van de zorg, staat open.

Ook de werkwijze van MEE laat zien dat individuele begeleiding bij voorlichting relevant is. Individuele voorlichting komt het meest tot zijn

recht als de gegeven informatie op de ontvanger is toegesneden. MEE heeft ervaringen met deze werkwijze voor de gehandicaptenzorg (MEE is gericht op ondersteuning en informatieverstrekking aan mensen met een chronische aandoening of beperking), maar in de verpleging en verzorging is een dergelijke actor niet aanwezig.

3.2.4 Overige organisaties

Ook de bij het onderzoek betrokken brancheorganisatie van zorgaanbieders, signaleert op sommige punten in de individuele voorlichting verscheidenheid tussen zorgkantoren. Bijvoorbeeld in de mate van verstrekken van wachtlijst-informatie en doorverwijzingen naar andere relevante websites. Tevens vinden ook deze organisaties het voorlichtingsmateriaal soms erg ingewikkeld en te weinig afgestemd op de individuele behoeften van de consument.

Doordat partijen van elkaar verwachten dat een andere instantie de 'probleemeigenaar' en dus de verantwoordelijke is, ziet de consument zich vaak onnodig heen en weer verwezen in een bureaucratische molen.

3.3 Samenvatting

Publieksvoorlichting

De rechten van consumenten bij de toegang tot de AWBZ worden in algemene zin goed uitgelegd op de websites van zorgkantoren. Desondanks ontbreekt vaak informatie over de mogelijkheid voor de consument om zijn keuze voor een PGB of zorg-in-natura, of voor een bepaalde zorgaanbieder te herzien. De mate waarin de consument op de website geïnformeerd wordt over de indicatieprocedure, de indicatieorganen, soorten indicaties en regionale informatie verschilt per zorgkantoor.

De zorgkantoren bieden de consument slechts beperkte informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod. Geen van de bij het onderzoek betrokken zorgkantoren controleert of de zorgaanbieder actuele en volledige kwaliteitsinformatie op kiesBeter heeft gezet, waarvan de normen van Verantwoorde zorg deel uitmaken. Dit is weliswaar geen wettelijke taak van het zorgkantoor, maar het zorgkantoor heeft een betrouwbare informatievoorziening over de normen wel nodig om op prijs/kwaliteitverhouding te kunnen inkopen: vergelijkbare informatie, waarover de consument moet kunnen beschikken voor het maken van een keuze. Het zorgkantoor kan een juiste en tijdige informatie-aanlevering aan kiesBeter via afspraken met de zorgaanbieders bevorderen. Ook in de Aanwijzing 2009-2011 is aandacht besteed aan te stellen kwaliteitseisen in het zorginkoopproces.

Hoewel slechts een klein deel van de zorgvragers zich rechtstreeks tot het CIZ wendt, gaat het CIZ bij de publieksvoorlichting ervan uit dat de zorgvrager zelf contact opneemt met het CIZ. De praktijk is dat de zorgvrager zich veelal bij een zorgaanbieder meldt die vervolgens de indicatieaanvraag bij het CIZ verzorgt.

De wet- en regelgeving met betrekking tot jeugdzorg is ingewikkeld, vooral als jeugdigen te maken hebben met gecombineerde indicaties. Dit maakt publieksvoorlichting ingewikkeld.

Cliëntenorganisaties vinden dat de publieksfolders, uitgegeven door diverse organisaties werkzaam in de AWBZ, vereenvoudigd moeten worden en meer op de praktijk gericht moeten zijn. Zij zouden dan beter aansluiten op de behoeften van de doelgroepen.

Individuele voorlichting

Het zorgkantoor komt bij een individuele zorgvrager niet snel in beeld. Bij dienstverlening aan de individuele consument ziet het ene zorgkantoor zich hooguit als regisseur op de achtergrond, terwijl het andere mogelijkheden ziet om een grotere rol op zich te nemen, namelijk de rol als cliëntondersteuner.

Het BJZ indiceert niet alleen de AWBZ-zorgvragers, maar begeleidt deze ook bij de zorgtoewijzing. Casemanagement is weliswaar voor het BJZ slechts een wettelijke taak in het kader van de provinciaal bekostigde psychosociale zorg, maar het onderscheid met AWBZ-zorg is met name bij gecombineerde indicaties niet strikt te maken.

De betekenis van cliëntenorganisatie MEE ligt in de individuele hulp aan cliënten uit de gehandicaptensector. Ook in de andere sectoren blijkt echter behoefte aan een dergelijke 'meedenker', getuige de vele individuele informatievragen aan zorgkantoren en cliëntenorganisaties. Het beeld dringt zich op dat deze taak ook bij het zorgkantoor belegd zou kunnen worden, voor zover deze niet al door andere organisaties is opgepakt (zoals MEE en BJZ).

In de praktijk meldt de consument zich bij een zorgaanbieder (vooral in de verpleging en verzorging) die de indicatieaanvraag verzorgt. Dat betekent dat de consument dan al in een vroeg stadium voor een bepaalde zorgaanbieder moet hebben gekozen.

4. Concretisering toegang AWBZ-zorg

In het proces vóór aanvang zorg is voldoende, juiste en tijdige informatie aan verzekerden over de indicatiestelling van groot belang. De indicatiestelling legt immers het recht op zorg vast, specifiek toegesneden op de zorgbehoefte van de consument en is daarmee de toegangspoort tot het rechtmatig verkrijgen van die zorg.

Voor een goed begrip van dit hoofdstuk, worden hieronder enkele indelingen van indicatie genoemd:

- *Naar leveringsvorm*: Zorg-in-natura, waarbij het BIZ of het zorgkantoor ervoor zorgt dat de consument bij een zorgaanbieder geplaatst wordt versus een PGB, waarbij de consument in principe zelf de zorgaanbieder regelt en deze vanuit het PGB betaalt;
- *Naar type indicatie*: Eerste indicatie en herindicatie; in het laatste geval heeft de consument al een (eerste) indicatie voor AWBZ-zorg en vraagt, vanwege afloop van de oude indicatie of een verandering van zorgbehoefte, een nieuwe indicatie aan;
- *Naar type zorg*: Indicaties kunnen ook onderscheiden worden in intramuraal en extramuraal. De intramurale indicatiestelling wordt omschreven in termen van zorgzwaartepakketten;
- *Naar complexiteit*: Enkelvoudige indicaties kunnen door het CIZ gemandateerd worden aan zorgaanbieders ter afhandeling via de zogenoemde Standaard Indicatie Protocollen en meervoudige indicaties, die door het CIZ zelf worden afgehandeld;
- *Naar aantal betrokken regio's*: Indicaties kunnen betrekking hebben op zorg die door zorgaanbieders in de regio van het zorgkantoor wordt verleend (regionale indicaties) en dan wel op zorg die niet in de regio van het zorgkantoor wordt verleend (bovenregionale indicaties). In beide gevallen woont de consument in het werkgebied van zorgkantoor A. Bij regionale indicaties regelt zorgkantoor A de zorgtoewijzing voor de consument met een zorgaanbieder waarmee A zelf een contract heeft. Bij bovenregionale indicaties dient zorgkantoor A de zorgtoewijzing over te laten aan een ander zorgkantoor B, omdat niet A maar B een contract heeft met de betreffende zorgaanbieder. Als gevolg van bijvoorbeeld niet aansluitende automatiseringssystemen verloopt deze overdracht en terugkoppeling tussen zorgkantoren A en B van de zorgtoewijzing niet altijd even soepel.

Het CIZ en het BIZ brengen de zorgvrager én het zorgkantoor – in wiens werkgebied de consument woont – op de hoogte van het indicatiebesluit. Bij zorg-in-natura wordt ook de zorgaanbieder door het BIZ (BIZ-indicatie) of het zorgkantoor (CIZ-indicatie) geïnformeerd over het indicatiebesluit.

Dit hoofdstuk gaat met name in op specifieke uitleg en hulp die de verzekerde van de zorgkantoren, van de indicatieorganen zelf (BIZ en CIZ), van de cliëntorganisaties (zoals MEE) en van overige organisaties krijgt bij de aanvraag van de indicatie, vraagverheldering en doorverwijzing.

Onder vraagverheldering wordt verstaan het duidelijk krijgen wat de werkelijke zorg- of hulpvraag van de zorgvrager is.

4.1 Vraagverheldering en doorverwijzing

4.1.1 Zorgkantoren

Cliëntondersteuning

Het moment waarop de zorgvraag zich voordoet, komt vooral in de V&V-sector vaak toch nog onverwacht. Hierdoor bestaat het risico dat, bijvoorbeeld vanwege de tijdsdruk, de zorgvraag niet helder wordt geformuleerd en de consument niet de meest passende zorg vraagt en krijgt.

Eén zorgkantoor vindt dat elke zorgvrager desgewenst een cliënt-ondersteuner zou moeten krijgen die hem helpt bij de vraagverheldering, de procedures en bewaakt of de zorg ook daadwerkelijk geleverd wordt. Nu is er een groot aantal partijen die ieder een deel doen voor de consument. Voor de zorgvrager is het niet duidelijk wanneer en welke stappen hij moet ondernemen om zorg te krijgen.

Eén zorgkantoor kenmerkt het probleem als volgt:

Het probleem begint eigenlijk al bij de vraagverheldering. Ondersteuning van de individuele consument hierbij is geen huidige taak van het zorgkantoor. In de praktijk wordt de vraagverheldering gedaan door de huisarts, de thuiszorg, de transferverpleegkundigen van het ziekenhuis en organisaties als MEE.

In de volgende stap gaat de consument naar het CIZ of het BJZ. Het CIZ doet niet aan vraagverheldering.

Naast het indicatieorgaan heeft een consument ook nog vaak te maken met een zorgkantoor, een zorgverzekeraar en een gemeente en natuurlijk de zorgaanbieder.

Veel organisaties, veel tussenstappen, veel regelingen, voorwaarden en beperkingen. Iedere instantie informeert de consument op eigen wijze over haar deel van de puzzel, met de onvermijdelijke hiaten, overlappingsen en tegenstrijdigheden van dien.

Om dit proces en de informatiestromen goed te leiden, zou het zorgkantoor een meer regisserende taak moeten, maar ook kunnen krijgen.

Op dit moment is echter niet altijd duidelijk wat van een zorgkantoor verwacht wordt door consumenten die zich nog aan het begin van de zorgketen bevinden, vóórdat de indicatie feitelijk is afgegeven.

Doorverwijzing

Geen van de bij het onderzoek betrokken zorgkantoren geeft algemeen toegankelijke informatie over huisartsen en/of ziekenhuizen en transferverpleegkundigen in hun mogelijke rol voor de consument bij doorverwijzing en verkrijging van zorg. Die rol kan voor de consument heel belangrijk zijn (zie ook prestatieveld Service aan klanten taak d, paragraaf 2.1.2).

Twee zorgkantoren plaatsen een kanttekening over de positie van de huisarts in het proces van doorverwijzing. Aspecten die hierbij een rol spelen zijn:

- ervaren verschillen op het gebied van kennis over de logistiek, procedures en mogelijkheden binnen de AWBZ tussen huisartsen(praktijken);
- ervaren ontevredenheid bij huisartsen over de financiële beloning van hun inspanningen bij het indicatieproces.

4.1.2 Indicatieorganen

Taken

In het kader van vraagverheldering heeft het BJZ een andere positie dan het CIZ. De activiteiten in het kader van vraagverheldering gaan bij het CIZ minder ver dan bij het BJZ.

Het BJZ daarentegen voert in feite beide taken uit voor zijn doelgroep: het stelt (onafhankelijk) de indicatie vast en helpt de cliënt bij de vraagverheldering.

Het CIZ moet primair op een onafhankelijke wijze vaststellen waar de cliënt recht op heeft (de zorgvraag van de cliënt kan hiermee in strijd zijn). Ook het CIZ doet aan een vorm van vraagverheldering, maar niet in intensieve individuele cliëntondersteuning zoals het BJZ en MEE doen.

Doorverwijzing

Het CIZ ziet dat de cliënten met de indicatieaanvraag zich melden via huisarts, maatschappelijk werker, transferverpleegkundige of de AWBZ-zorgaanbieder zelf. Eventueel worden cliënten nog ondersteund door een organisatie als MEE. De indicatieaanvraag houdt in dat de cliënt een formulier van het CIZ moet invullen en relevante medische informatie moet bijvoegen. De indicatiesteller bekijkt vervolgens of nog aanvullende gegevens nodig zijn. Meestal wordt volstaan met telefonische informatie-uitwisseling, in een enkel geval krijgt de cliënt huisbezoek.

Het CIZ legt aan doorverwijzers (maar ook aan andere zorgaanbieders) uit hoe de AanmeldFunctionaliteit op de website van het CIZ werkt. Dit versnelt niet alleen de indicatieaanvraag op zichzelf, maar levert het CIZ ook vaak gemakkelijker en eerder de benodigde informatie. Eenvoudige aanvragen kunnen via een Standaard Indicatie Protocol via een internet-applicatie worden aangemeld en worden door het CIZ meteen gehonoreerd.³¹ Het CIZ controleert deze steekproefsgewijs (ongeveer 5%) op juistheid.

Het CIZ plaatst een kanttekening over de positie van de huisarts in het proces van doorverwijzing. Het geïnterviewde CIZ ervaart bij huisartsen enige weerstand tegen de procedures van het CIZ, omdat zij niet zelf kunnen bepalen welke AWBZ-zorg iemand kan krijgen. In de toekomstvisie van de Staatssecretaris aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal over de indicatiestelling AWBZ en CIZ wordt deze praktijk bevestigd.³²

Om voor een goede werkwijze te zorgen, geeft het CIZ veel voorlichting aan hulpverleners, ook over Standaard Indicatie Protocolen. Volgens het CIZ blijkt het goed te werken als een medewerker van het CIZ bij een gezondheidscentrum wordt geplaatst. Dit gebeurt in een aantal centra.

4.1.3 Cliëntenorganisaties

Een belangrijke taak van MEE is individuele dienstverlening op maat: vraagverheldering, informatie, advies en, als dat de vraag is, bemiddeling naar zorg en ondersteuning. Consumenten hebben een zorgvraag en weten niet altijd welke zorg zij nodig hebben en welke mogelijkheden er zijn. Niet zelden komt de consument na vraagverheldering samen met de consulent op een andere (achterliggende) vraag uit. Wat vervolgens een ander perspectief op (soms een veel lichter) aanbod met zich mee brengt.

Op deze manier is er sprake van een preventieve werking ten aanzien van een beroep doen op (zware) AWBZ-zorg.

³¹ Ongeveer 20% van de indicaties wordt via een Standaard Indicatie Protocol afgehandeld, zie bericht 'CIZ werkt aan vermindering van bureaucratie met minder medewerkers', ZM magazine van 23 september 2009.

³² Zie brief DLZ-U-2964391 van 5 november 2009.

Zorgbelang constateert dat – met name buiten de gehandicaptenzorg – een (onafhankelijke) instantie ontbreekt die de rol vervult van vraagverheldering. Consumenten weten niet op welke wijze zij hun problemen kunnen oplossen en bij wie zij daarvoor moeten zijn.

Zorgbelang signaleert dat huisartsen vraagverheldering en begeleiden van een cliënt naar de zorg een (te) zware belasting vinden. Ziekenhuizen gaan er bij ontslag soms te gemakkelijk van uit dat er wel mantelzorg is; dit gebeurt vooral als er geen transferverpleegkundigen bij de ontslagprocedure betrokken zijn.

4.1.4 Overige organisaties

De meeste consumenten (vooral in de V&V-sector) komen de langdurige zorg in via de huisarts of het ziekenhuis. Zij krijgen dan bijvoorbeeld een tijd lang thuiszorg, gevolgd door intramurale zorg.

Bij de eerste indicatieaanvraag van consumenten spelen eerstelijnszorg en mantelzorgers meestal een belangrijke rol, hoewel een aantal organisaties twijfelt of elke huisarts zich goed van deze taak kwijt en voldoende kennis heeft. Van belang is dat consument, eerstelijns en mantelzorg bekend zijn met hoe het werkt in de AWBZ. De rol van de huisarts bij de doorverwijzing naar AWBZ zorg is sterk afhankelijk van diens kennisniveau (en/of van diens assistenten) over hoe het werkt in de AWBZ en de Wmo. Bij samenwerkende huisartsen (bijvoorbeeld in een HOED) lijkt het doorverwijzen beter geborgd.

Bij een herindicatie vult de zorgaanbieder deze rol vaak in. Dan gaat de consument beter voorbereid het indicatieproces in, maar het bevordert de onafhankelijke consumentkeuze voor een aanbieder niet.

Nieuwe zorgvragers hebben nog geen of weinig ervaring met AWBZ-zorg, daarom hebben deze vaker behoefte aan ondersteuning. Niet elke nieuwe zorgvrager stapt zelf zomaar naar een zorgaanbieder en al helemaal niet naar het zorgkantoor.

Een probleem met betrekking tot vraagverheldering voor de gang naar het indicatieorgaan is, dat hiervoor (met uitzondering van jeugdzorg) geen organisatie een coördinerende formele verantwoordelijkheid heeft. Zowel de eerstelijns, de mantelzorgers, de zorgaanbieder of de MEE-organisatie zijn op dit terrein actief.

Foar Elkoar vindt dat het voor de hand ligt dat een onafhankelijke partij de dienstverlening aan de consument vóór het verkrijgen van een AWBZ-indicatie toegewezen zou krijgen. Dat zou het zorgkantoor ook kunnen zijn.

4.2 Procedure indicatieaanvraag

4.2.1 Zorgkantoren

Het zorgkantoor heeft geen formele rol in het kader van de indicatieaanvraag. De zorgvrager is hiervoor in principe zelf verantwoordelijk. Het zorgkantoor heeft wel een taak op het gebied van informatieverstrekking, het moet de (toekomstige) consument informeren over hoe hij het recht op AWBZ-zorg kan verzilveren.

Deze informatie moet toegesneden zijn op de regionale situatie, waarbij rekening kan worden gehouden met de afspraken tussen lokale ketenpartijen en de aanwezigheid van kwetsbare groepen.³³ De Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 biedt voor deze voorlichting ook voldoende aanknopingspunten (zie paragraaf 2.1.3).

Overlegvormen

Zorgkantoren hebben in minder of meerdere mate regulier overleg met het regionale CIZ districtbureau. Doordat het CIZ zich steeds meer als landelijk en onafhankelijk orgaan profileert, leent dit overleg zich steeds minder voor het maken van afspraken met het regionale zorgkantoor. Drie van de vier geïnterviewde zorgkantoren zijn begonnen met het opstarten van (ad hoc) overleg met het regionale BJZ.

Twee zorgkantoren houden regelmatig ketenoverleggen met CIZ, MEE, ziekenhuizen (transferverpleegkundigen) en AWBZ-zorgaanbieders. Doel van dit overleg is het wegnemen van hobbels in de taakuitvoering en het scheppen van duidelijkheid voor alle partijen zodat de klant zo goed mogelijk wordt geholpen. Dergelijke overleggen worden door betrokken partijen als zeer waardevol ervaren. Op deze wijze kunnen knelpunten vanwege onder andere de complexe en veranderende wet- en regelgeving worden voorkomen in de uitvoering.

4.2.2 Indicatieorganen

Het BJZ en het CIZ verschillen in doelgroep. Het BJZ is voor wat betreft de AWBZ uitsluitend bevoegd om te indiceren voor jongeren jonger dan 18 jaar met een psychiatrische grondslag. Het CIZ indiceert voor de overige grondslagen (op dit moment ook nog voor verstandelijke gehandicapten ongeacht het niveau van intellectueel vermogen).

Het leeuwendeel van de bij BJZ aangevraagde indicaties voor AWBZ-zorg worden ingediend door de cliënt zelf (of diens vertegenwoordigers), de leveringsvorm is vooral PGB³⁴, slechts een klein deel heeft betrekking op zorg-in-natura (dus door zorgkantoren in te kopen).³⁵ Zorg-in-natura betreft bijvoorbeeld RIBW's en extramurale begeleiding, en AWBZ verblijfszorg met behandeling na 365 dagen.

Naast de AWBZ-indicaties verstrekt het BJZ ook indicaties voor psychiatrische Zvw-zorg (verblijfszorg en behandeling), en verder nog de indicaties voor de provinciaal gefinancierde psychosociale zorg: qua omvang van indicaties de hoofdtaak van het BJZ.

Overlegvormen

Afstemming van beleid tussen het CIZ en het BJZ is lastig. Het BJZ, als zelfstandige stichting, en het CIZ, als landelijk opererend orgaan, hebben niet overeenkomende werkgebieden. Dit bemoeilijkt de afstemming van werkprocessen, bijvoorbeeld bij besluitvorming over het opstellen van indicatieprotocollen.

Het geïnterviewde CIZ districts bureau heeft in ieder geval jaarlijks overleg met zorgaanbieders (of koepels daarvan) en alle zorgkantoren. Het zijn voornamelijk strategische overleggen, waarin het CIZ onder meer uitlegt wat in de nieuwe beleidsregels van VWS voor het CIZ betekent. Deze hebben immers grote invloed op de indicatiestelling.

³³ Zie ook de Aanwijzing zorgkantoren 2009 – 2011 en de brief van de Staatssecretaris aan de TK van 12 juni 2009 (DLZ/CB-U-2912189).

³⁴ Het bij het onderzoek betrokken BJZ heeft aangegeven dat circa 90% van de behandelde indicaties voor AWBZ-zorg worden ingediend door de cliënt zelf.

³⁵ Genoemd is een verhouding van: 95% PGB en 5% zorg-in-natura.

Het CIZ-bureau doet veel aan relatiebeheer richting zorgaanbieders: elke zorgaanbieder heeft dan ook een vaste contactpersoon.

Het BJZ heeft weinig contact met AWBZ-zorgaanbieders, ook omdat slechts een klein deel van de werkzaamheden van het BJZ betrekking heeft op AWBZ-zorg-in-natura.³⁶

4.3 Uitleg en hulp bij aanvraag indicatie

4.3.1 Zorgkantoren

Formele versus informele aanvraagprocedure

Zorgkantoren erkennen dat informatie over de (her)indicatieaanvraag op theorie gestoeld is, door ervan uit te gaan dat de consument de indicatie bij het CIZ moet aanvragen, terwijl in de praktijk de zorgaanbieder dat vaak voor de consument doet.

Alle vier de zorgkantoren verwijzen de individuele consument voor gedetailleerder informatie over de indicatiestelling in ieder geval naar het CIZ. De zorgkantoren geven aan dat ze weinig zicht hebben op wat zorgaanbieders, MEE en het CIZ aan informatievoorziening over de indicatiestelling doen.

Twee zorgkantoren geven aan terughoudend te zijn om de consument te verwijzen naar zorgaanbieders voor hulp bij indiening van de indicatieaanvraag bij het CIZ en kiezen ervoor alleen de formele indicatieprocedure uit te leggen: de zorgvrager vraagt zelf de indicatie aan bij het CIZ en het BJZ. In de toekomstvisie van de Staatssecretaris aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal over de indicatiestelling AWBZ en CIZ wordt deze praktijk bevestigd.³⁷

De reden hiervoor is dat zorgaanbieders terughoudend zouden zijn met het doen van toezeggingen aan de zorgvrager, omdat zij geen grip zouden hebben op de uitkomst van de indicatieprocedure. Zij kunnen dan later geconfronteerd worden met teleurgestelde zorgvragers, en lopen bovendien het risico al geleverde zorg niet gefinancierd te krijgen. Kortom, zij zouden bang zijn valse verwachtingen te wekken bij de consument.

Een ander zorgkantoor meldt dat zorgaanbieders zelf vaak ook op de website aangeven dat consumenten zelf naar het CIZ moeten voor een indicatie, terwijl de praktijk anders is. Maar er zijn ook zorgaanbieders die de consumenten begeleiden bij de indicatieaanvraag en profileren zich ook als zodanig.

Geeft de zorgvrager geen zorgaanbieder van voorkeur op, dan helpt het zorgkantoor na de indicatieaanvraag de zorgvrager bij het uitzoeken van een zorgaanbieder.

Overlegvormen

Twee zorgkantoren participeren in een (substantiële) samenwerking met gemeenten voor de informatievoorziening naar de consumenten, mede voor de afstemming van gemeentelijke voorzieningen op de mogelijkheden van de AWBZ en de Zvw. Bij één van deze twee is dit van de grond gekomen, mede dankzij een subsidie van VWS.

³⁶ Hierbij wordt opgemerkt dat steeds meer jeugdzorgaanbieders ook AWBZ-zorg leveren.

³⁷ Zie brief DLZ-U-2964391 van 5 november 2009.

Cliëntondersteuning

Zorgkantoren beschouwen een gedetailleerde uitleg van de indicatie-procedure aan de consument niet als hun primaire taak en beschouwen zichzelf niet als cliëntondersteuner voor de individuele consument. Zorgkantoren zien bij het verhelderen van de zorgbehoefte van de zorgvrager een belangrijke rol voor MEE (met name actief in de gehandicaptensector), de huisarts en eventuele gemeentelijke loketten (locale oplossingen voor Wmo en Wonen, Welzijn en Zorg). Ook noemen zorgkantoren in dit kader de ouderen- en cliëntenorganisaties.

Kwetsbare groepen

Geen van de vier zorgkantoren geeft structureel extra informatie noch ondersteuning aan kwetsbare groepen. Deze worden verwezen naar gemeenten en naar cliëntorganisaties. Consumenten uit deze kwetsbare groepen dreigen hierdoor tussen wal en schip te raken. De zorgkantoren onderkennen het probleem overigens wel, maar vinden dat het ver afstaat van de mogelijkheden en de praktijk van het zorgkantoor. Substantiële samenwerking tussen zorgkantoren en met name gemeenten over de afstemming van dienstverlening en voorzieningen komt langzaam op gang (zie ook kernrandvoorwaarden en prestatieveldd Service aan klanten taak c, paragraaf 2.1).

Bovenregionale indicaties

Zorgkantoren wijzen op de administratieve moeilijkheden bij de zorg-toewijzing van de consument naar bovenregionaal aanbod. Het CIZ toetst niet of de voorkeursaanbieder de geïndiceerde zorg ook daadwerkelijk kan leveren. Het CIZ verstrekt überhaupt geen informatie meer over door de zorgkantoren gecontracteerd (boven)regionaal aanbod aan de consument.

Het bovenregionale berichtenverkeer kost het zorgkantoor in de afhandeling veel tijd, temeer omdat het bovenregionale berichtenverkeer niet optimaal is (beperkte compatibiliteit van de regionale AZR systemen en werkwijzen) en hem specifieke kennis van het aanbod in andere zorgkantoorregio's ontbreekt.

Problemen in het bovenregionale berichtenverkeer bemoeilijken ook de controle bij consument en bovenregionale zorgaanbieder of de zorg geleverd wordt en het bijhouden van goede wachtlijst-informatie. Er wordt gewerkt aan een landelijk uniforme werkwijze, maar die is nog niet gerealiseerd.

4.3.2 Indicatieorganen

De werkwijze ten aanzien van toewijzing zorg-in-natura is, dat het BJZ de cliënt, en diens zorginstelling van voorkeur, de indicatie verstrekt. Ook informeert het BJZ de cliënt over alternatief zorgaanbod in het geval de zorgaanbieder van voorkeur geen plaats heeft. In tegenstelling tot het BJZ registreert het CIZ slechts de keuze van de cliënt voor een aanbieder, maar geeft verder geen informatie over (alternatief) zorgaanbod. Wel geeft het CIZ onder de rubriek 'Veel gestelde vragen' uitleg over de mogelijkheden voor hulp bij het aanvragen van de indicatie en geeft aan dat er ook gekozen kan worden voor een PGB.

Cliëntondersteuning

Het BJZ stelt vast of een cliënt zorg nodig heeft en wat de mogelijke uitkomsten van de indicatiestelling zijn: (terug)verwijzen naar gemeentelijk (niet-geïndiceerd) aanbod, kortdurende ambulante hulpverlening en doorgeleiding naar geïndiceerde jeugdzorg. Het BJZ stemt dit ook af met gemeentelijke voorzieningen.

Complexiteit

Het BJZ is, voor uitvoering van de AWBZ, bevoegd om te indiceren voor jongeren jonger dan 18 jaar met een psychiatrische grondslag.

Het CIZ indiceert voor de overige grondslagen, dus ook voor verstandelijke gehandicapten.

Het BJZ wijst erop dat het de dienstverlening aan de jeugdige cliënt ten goede zou komen, als het BJZ ook de indicatie van verstandelijk gehandicapten jonger dan 18 jaar zou verzorgen.³⁸

Het betreft vaak een overgang vanuit andere, door het BJZ geïndiceerde zorg en het BJZ heeft ervaring met de specifieke wet- en regelgeving rond jeugdzorg, zowel AWBZ als aanpalend, die erg complex is.

De (versnipperde) wet- en regelgeving en dito procedures voor provinciaal gefinancierde jeugdzorg, AWBZ en Zvw worden als ingewikkeld ervaren, zelfs voor de medewerkers van het BJZ, maar vooral voor de consument (en diens vertegenwoordigers). Dit blijkt vooral bij zorgvragers met gecombineerde indicaties (zorg deels ten laste van de provincie respectievelijk de AWBZ en de Zvw).

Per Saldo (de belangenvereniging van en voor mensen met een PGB in Nederland) verklaart de sterke toename van het aantal PGB's in de jeugdzorg uit een tekort aan door zorgkantoren gecontracteerde zorg-in-natura. Het BJZ ziet een andere belangrijke oorzaak: de complexiteit van de wet- en regelgeving en de procedures. Het PGB maakt het dan simpeler: men kan zelf invullen hoe en welke zorg wordt ingekocht, ook al is dat misschien niet de beste en meest passende zorg.

Kwetsbare groepen

Het CIZ verricht geen specifieke diensten voor extra kwetsbare groepen. Wel worden informatiefolders in andere talen uitgegeven.

4.3.3 Cliëntenorganisaties

Overlegvormen

MEE onderhoudt contacten met indicatiestellers, zorgkantoren, zorg-aanbieders en gemeentelijke Wmo-loketten. MEE investeert in deze samenwerking om de dienstverlening aan de cliënt te verbeteren. Ook heeft MEE met het CIZ regulier overleg over rapportages/brieven en urgente indicaties en tracht ook de samenwerking met het BJZ verder in te vullen.

MEE onderhoudt ook contacten met gemeentelijke Wmo-loketten en constateert hierbij verschillen tussen Wmo-loketten als het gaat om herkenning van doelgroepen en doorverwijzing. Een belangrijk speerpunt daarbij is herkenning van de doelgroep en doorverwijzing naar MEE. MEE wil in samenwerking met gemeenten waar nodig tot een verbetering komen van deze processen. MEE verzorgt bijvoorbeeld cursussen en voorlichting aan medewerkers van Wmo-loketten: in sommige Wmo-loketten houdt MEE spreekuren.

De CG-raad onderhoudt contacten met gemeenten (via de lokale werk-organisaties van de CG-raad). Deze contacten hebben overigens betrekking op het (inrichten van het) systeem op landelijk niveau.

Individuele cliëntondersteuning

MEE helpt de individuele cliënt bij het invullen van de formulieren en begeleidt hem verder in het indicatieproces, als onafhankelijk cliënt-ondersteuner.

³⁸ Op korte termijn wordt het BJZ ook verantwoordelijk voor het verzorgen van deze indicaties.

Het belang van de consument staat hierbij voorop, niet dat van een specifieke zorgaanbieder, zorgkantoor, zorgverzekeraar of gemeente. MEE overlegt twee keer per jaar met hulpverleners, waaronder ook kinderartsen, over de hulp aan kinderen. Het gaat dan om kinderen jonger dan vier jaar met een complexe problematiek. Doel van dit overleg is de onderlinge samenhangende hulp af te stemmen.

Ook Zorgbelang ziet de voordelen van individuele cliëntondersteuning. De indicatie-aanvraagprocedure (via de huisarts) voor (provinciaal gefinancierde) jeugdzorg bij het BJZ loopt soepel. Eenmaal bij BJZ wordt een cliënt aan een casemanager gekoppeld. Zo'n schakel ontbreekt in de AWBZ gefinancierde zorg die via het CIZ loopt.

De CG-raad onderkent een voor dit aspect relevant verschil tussen de sectoren GHZ en V&V. De GHZ heeft een hoge organisatiegraad (belangengroeperingen en goede ondersteuning zoals MEE), in de V&V sector ontbreekt dit. De V&V moet het meer hebben van de hulp van mantelzorgers.

Kwetsbare groepen

MEE heeft Turkse en Marokkaanse voorlichters in dienst met als specifiek aandachtsgebied het geven van voorlichting en cursussen in eigen taal. Zorgbelang heeft geen taak in dienstverlening aan individuele consumenten. Wel ondersteunen Zorgbelangorganisaties allochtone zorgvragers bij het nemen van collectieve initiatieven (gericht op informatieve bijeenkomsten en trainingen).

Nieuwe ontwikkelingen

De CG-raad constateert dat zorgkantoren zich steeds meer profileren aan de consument. Dit past in de ontwikkeling naar een uitvoering van de AWBZ door risicodragende verzekeraars. Dit leidt echter ook tot regionale verschillen bijvoorbeeld in zorgbemiddeling en wachtlijstbemiddeling.

Dit mag volgens de CG-raad nimmer ten koste gaan van het principe dat AWBZ-consumenten, ongeacht welk zorgkantoor, dezelfde rechten hebben.

4.3.4 Overige organisaties

Individuele cliëntondersteuning

Foar Elkoar ziet dat de ondersteuning van de individuele consument in de gehandicaptensector goed georganiseerd is door MEE. In de GGZ-sector is een dergelijke organisatie minder aanwezig, in de V&V ontbreekt deze. De consument is daar afhankelijk van de medewerking van mantelzorgers, huisartsen of (meestal) van een lokale zorgaanbieder. Om die reden komen consumenten vaak bij de grootste zorgaanbieder in een regio terecht. Volgens Foar Elkoar leidt het ontbreken van goede ondersteuning tot onduidelijkheid bij de consument.

ActiZ constateert dat het aan de zorgvrager voorgespiegelde model, waarin de consument eerst naar het CIZ stapt voor een indicatie, erg theoretisch is. De consument weet vaak niet van het bestaan van het CIZ. Voor consumenten die al in zorg zijn, of in zorg zijn geweest, regelt veelal de zorgaanbieder de indicatie.

Kwetsbare groepen

Foar Elkoar heeft bij het inrichten van loketten ook aandacht besteed aan de positie van onder andere allochtonen. Naar het oordeel van Foar Elkoar moet aan kwetsbare groepen extra aandacht worden besteed.

De ene gemeente is hiervoor beter toegerust dan de andere, naar gelang de mate waarin deze groepen binnen de gemeente voorkomen.

Foar Elkoar vindt dat consulenten en ondersteuners via een goed functionerend loket de zorgvrager in één stap zouden moeten kunnen doorverwijzen naar bijvoorbeeld het CIZ, de gemeente, consulenten van MEE en (bij klachten) naar Zorgbelang. Vooral kwetsbare groepen zouden hiermee geholpen zijn.

4.4 Samenvatting

Vraagverheldering en doorverwijzing

Veel van de geïnterviewden vinden het wenselijk dat elke individuele (volwassen) zorgvrager op verzoek door een onafhankelijke instantie geholpen wordt in het proces van vraagverheldering en doorverwijzing. Een probleem met betrekking tot vraagverheldering voor de gang naar het indicatieorgaan is, dat hiervoor (met uitzondering van jeugdzorg) geen organisatie een coördinerende formele verantwoordelijkheid heeft. Op dit moment zijn er veel partijen die ieder een deel doen met de onvermijdelijke hiaten, overlappingsen en tegenstrijdigheden van dien. De huisarts lijkt hiervoor de kennis en de mogelijkheden niet altijd te hebben.³⁹ De (grote) zorgaanbieder heeft als belanghebbende bij de uitkomst een zeker belang.

Het veld ziet hiervoor zowel mogelijkheden voor het zorgkantoor als een (uitgebreide) MEE-organisatie. De bij het onderzoek betrokken zorgkantoren vinden dat vraagverheldering niet tot het huidige takenpakket van het zorgkantoor behoort. Deze taken zijn verwant aan prestatieveld Service aan klanten taak f van de Aanwijzing.

Geen van de bij het onderzoek betrokken zorgkantoren geeft algemeen toegankelijke informatie over huisartsen en/of ziekenhuizen en transferverpleegkundigen in hun mogelijke rol voor de consument bij doorverwijzing en verkrijging van zorg.

Indicatieaanvraag

Het zorgkantoor heeft geen formele rol bij de indicatieaanvraag, maar moet de zorgvrager wel informeren over hoe hij zijn recht op AWBZ-zorg kan verzilveren. Zorgkantoren verschillen in de mate van overleg met indicatieorganen, MEE, ziekenhuizen en zorgaanbieders voor een goede afstemming en service aan de consument.

Het indicatieorgaan BIZ gaat in de AWBZ uitsluitend over jeugdzorg. Het CIZ bedient de overige AWBZ indicatievragers. Niet samenvallende regionale werkgebieden maken afstemming tussen CIZ en BIZ van beleid, werkprocessen en consumentenvoorlichting niet gemakkelijker.

Uitleg en hulp bij aanvraag indicatie

Zorgkantoren en andere organisaties informeren de consument over de indicatieaanvraag op basis van de formele route, waarbij de consument zich rechtstreeks tot het CIZ wendt.

De praktijk is vaak anders, waarbij de consument zich veelal tot een zorgaanbieder wendt. Dit is verwarrend voor consumenten die geholpen zijn bij éénduidige informatie.

³⁹ Dit is een punt van aandacht nu de Staatssecretaris inzet op indicatiestelling door de eerste lijn.

Zorgkantoren zien in het algemeen uitleg van de indicatieprocedure aan de consument niet als hun taak en zien zichzelf ook niet als cliënt-ondersteuner voor de individuele consument. Zij zien bij het verhelderen van de zorgvraag een belangrijke rol voor MEE, de huisarts, en eventuele gemeentelijke loketten.

Het CIZ weet bij de indicatiestelling niet of de voorkeursaanbieder van de cliënt de zorg überhaupt kan leveren en of dus later alsnog een alternatief moet worden gezocht. Dit kan tot teleurstelling leiden bij de cliënt en tot administratieve problemen voor zorgkantoren.

Het BJZ begeleidt de cliënt individueel bij vraagverheldering, indicatieprocedure en zorgtoewijzing via inschakeling van een casemanager.

De bij het onderzoek betrokken zorgkantoren en indicatieorganen geven geen extra informatie of ondersteuning aan kwetsbare groepen. Samenwerking tussen zorgkantoren en gemeenten over afstemming van dienstverlening en voorzieningen komt maar moeizaam op gang.

MEE neemt als cliëntondersteuner voor mensen met een langdurige beperking een bijzondere positie in. MEE wijst een consulent toe aan de individuele cliënt voor de begeleiding bij de indicatieaanvraag en het vervolg daarvan. MEE werkt met zorgaanbieders, zorgkantoren en gemeenten samen ter verbetering van de dienstverlening aan de consument en het herkennen van kwetsbare doelgroepen.

Ondersteuning in de vorm van benadering van kwetsbare groepen ontbreekt echter in de V&V en GGZ-sector. Daar staat of valt individuele begeleiding met mantelzorg, huisarts en/of (grote) lokale zorgaanbieder. Individuele hulp wordt als belangrijk ervaren zeker gezien de versnipperde en ingewikkelde wet- en regelgeving.

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1 Kader: taken zorgkantoren

Vóór 2009 waren de taken van de zorgkantoren gebaseerd op het Convenant zorgkantoren 2006-2008. Zorgkantoren hebben in het Convenant de taak gekregen om consumenten te faciliteren, zodat deze op basis van de juiste informatie op het juiste moment de juiste beslissingen kunnen nemen. Per 1 januari 2009 is het Convenant vervangen door de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011.⁴⁰

Zorgkantoren moeten zich bij de uitvoering van de AWBZ richten op een drietal prestatievelden: Service naar klanten, Zorginkoop en Contractering en moderne administratieve organisatie. De zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben deze prestatievelden nader uitgewerkt in de mandaat- en volmachtverlening inzake uitvoering van werkzaamheden zorgkantoren.

Voor dit onderzoek is met name de volgende, in de mandaat- en volmachtverlening, genoemde taken met betrekking tot het prestatieveld Service naar klanten relevant:

- Taak b: Op een toegankelijke website algemene publieksinformatie beschikbaar stellen over het aanbod dat in de regio beschikbaar is voor het verlenen van zorg waarop op grond van de AWBZ aanspraak bestaat, waaronder actuele informatie over de wachttijden.
- Taak c: Aan gemeenten in de regio ten behoeve van hun taak op het vlak van informatie (lokaal loket) een overzicht bieden van datzelfde aanbod.
- Taak d: Voor voorzieningen voor eerstelijnszorg (CIZ, huisarts, zorginstellingen) in de regio een publieksfolder beschikbaar stellen over hoe het werkt in de AWBZ.
- Taak f: Desgevraagd aan AWBZ-verzekerden adviseren welke passende zorg waar verkrijgbaar is.

Zorgkantoren moeten hierbij het principe hanteren dat de AWBZ-verzekerde centraal staat. De AWBZ-verzekerde is er bij gebaat om via zo weinig mogelijk 'tussenstations' de geïndiceerde zorg te krijgen van zijn aanbieder van voorkeur. De organisatie van het zorgkantoor moet zich, aldus de aanwijzing, dan ook richten op het goed op elkaar afstemmen van de keten, waar op elkaar aansluitende informatie aan de AWBZ-verzekerde wordt verstrekt.

De Staatssecretaris overweegt om de AWBZ per 1 januari 2012 door individuele zorgverzekeraars te laten uitvoeren, na het verstrijken van de termijn van de Aanwijzing. Voordat de Staatssecretaris hiertoe op 1 april 2010 definitief besluit, moet ondermeer voldaan worden aan twee kernrandvoorwaarden. Het betreft de noodzaak van goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars en het waarborgen van de zorg en ondersteuning aan de meest kwetsbare groepen.⁴¹

5.2 Conclusies

De NZa heeft de voorlichting aan consumenten over de toegang tot de AWBZ onderzocht, zowel de individuele voorlichting als de

⁴⁰ Zie brief van de Staatssecretaris aan de TK van 11 november 2008 (Z/VU-2892514).

⁴¹ Zie brief van de Staatssecretaris aan de TK van 12 juni 2009 (DLZ/CB-U-2912189).

publieksvoorlichting. De laatste betreft met name informatie over hoe het werkt in de AWBZ. Daarnaast heeft de NZa onderzoek gedaan naar de hulp bij de begeleiding van de individuele consument bij de vraagverheldering en naar de uitleg en hulp bij de indicatieaanvraag.

In de conclusies wordt met name ingegaan op de rol die zorgkantoren daarbij momenteel vervullen. Daarbij is aansluiting gezocht met de voor dit onderzoek relevante in het Convenant zorgkantoren 2006-2008 en de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 genoemde taken.

Moeilijk in te schatten is welke effecten het overnemen van de taken van het zorgkantoor door de AWBZ-verzekeraar vanaf 2012 heeft op de kwaliteit van de dienstverlening aan de consument. De NZa heeft zich in dit onderzoek nog beperkt tot de hiervoor door de Staatssecretaris benoemde kernrandvoorwaarden van goede samenwerking met gemeenten en ondersteuning van kwetsbare groepen. Veel zal ook gaan afhangen van de mate waarin de AWBZ verzekeraar in een dergelijk nieuw stelsel (financieel) risico loopt als de dienstverlening aan de consument onder de maat is.

5.2.1 Functioneren zorgkantoren

Prestatieveld Service aan klanten taak b: De NZa constateert op basis van haar onderzoek dat de huidige informatietaak van zorgkantoren over keuzemogelijkheden voor de consument in de AWBZ beter moet worden ingevuld. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is de kwaliteit en actualiteit van publiek toegankelijke kwaliteitsinformatie.

Ook constateert de NZa in haar onderzoek dat theorie en praktijk in de voorlichting over het verkrijgen van de indicatie uiteenlopen. Die voorlichting door de zorgkantoren moet meer op de praktijk worden toegesneden. Met name de huidige rol van de AWBZ-zorgaanbieder is hierin onderbelicht.

Prestatieveld Service aan klanten taak c/kernrandvoorwaarden: De NZa constateert dat samenwerking tussen zorgkantoren en gemeenten over afstemming van dienstverlening en voorzieningen ten dienste van de consument moeizaam op gang komt. Daarnaast heeft de NZa vastgesteld dat voorlichting en ondersteuning aan kwetsbare groepen nog geen prioriteit heeft bij zorgkantoren.

Prestatieveld Service aan klanten taak d: Geen van de bij het onderzoek betrokken zorgkantoren geeft algemeen toegankelijke informatie over huisartsen en/of ziekenhuizen en transferverpleegkundigen in hun mogelijke rol voor de consument bij doorverwijzing en verkrijging van zorg. De NZa is van mening dat het zorgkantoor hiertoe wel in staat is. Het moet immers toch al aan alle voorzieningen voor eerstelijnszorg een publieksfolder neerleggen over hoe het werkt in de AWBZ.

Wel houdt een aantal zorgkantoren regelmatig ketenoverleg met CIZ, MEE, ziekenhuizen (transferverpleegkundigen) en AWBZ-zorgaanbieders. Hierdoor kunnen knelpunten als gevolg van bijvoorbeeld de complexe en veranderende wet- en regelgeving worden voorkomen. De NZa beschouwt dit als een best practice, die navolging verdient.

Prestatieveld Service aan klanten taak f: De NZa heeft vastgesteld dat de coördinatie van gerichte op het individu toegespitste informatie vaak ontbreekt. Een eenduidige ondersteuning (vraagverheldering en indicatiestelling) van de individuele consument ontbreekt met name in de AWBZ-sectoren V&V en GGZ.

MEE neemt als cliëntondersteuner voor mensen met een langdurige beperking een bijzondere positie in. MEE wijst een consulent toe aan de

individuele cliënt voor de begeleiding bij de indicatieaanvraag en het vervolg daarvan.

De NZa is van mening dat een cliëntondersteuner desgevraagd (toekomstige) AWBZ-zorgvragers zou moeten helpen bij het tijdig verkrijgen van de juiste AWBZ-zorg. Het zorgkantoor (vanaf 2012 mogelijk de AWBZ-zorgverzekeraar) zou deze rol op zich kunnen nemen. Ook zou het zorgkantoor afspraken kunnen maken met andere organisaties – dichter bij de uitvoering van de zorg – om deze taak als cliëntondersteuner op zich te nemen. Zo'n situatie is vergelijkbaar met de Zvw, waarin met name de huisarts een belangrijke taak heeft bij de vraagverheldering.

5.2.2 Overige conclusies

Afstemming van beleid tussen het CIZ en het BIZ is lastig. Het BIZ, als zelfstandige stichting, en het CIZ, als landelijk opererend orgaan, hebben niet overeenkomende werkgebieden, waardoor het afstemmen van werkprocessen en het opstellen van indicatieprotocollen wordt bemoeilijkt.

De versnipperde wet- en regelgeving over jeugdzorg wordt als ingewikkeld ervaren, zowel door consumenten als door het BIZ. Dit blijkt vooral bij cliënten met gecombineerde indicaties, waarbij de zorg deels ten laste komt van de provincie respectievelijk de AWBZ en de Zvw.

5.3 Aanbevelingen

Functioneren zorgkantoren

Voor het jaarlijks door de NZa uit te brengen rechtmatigheidonderzoek brengt de NZa de prestaties van alle concessiehouders/zorgkantoren afzonderlijk in beeld. De aanbevelingen van de NZa richten zich primair op de zorgkantoren en kunnen meer expliciet onderwerp zijn van de prestatiemeting die zij jaarlijks uitvoert in het kader van het rechtmatigheidonderzoek.

Dienstverlening aan consumenten is een belangrijk aandachtsgebied van zorgkantoren. Om te bewerkstelligen dat zorgkantoren meer aandacht krijgen voor consumenten en de individuele consument in het bijzonder, vindt de NZa dat zij meer werk moeten maken van:

Taken, reeds ingezet in het Convenant zorgkantoren 2006-2008

- het bevorderen van de actualiteit en juistheid van de publiekelijk toegankelijke kwaliteitsinformatie over het gecontracteerde zorgaanbod (prestatieveld Service aan klanten, taak b);
- voorlichting aan de consument over het verkrijgen van de indicatie die aansluit op de praktijk, waarbij de zorgaanbieder in deze procedure veelal een belangrijke rol speelt (prestatieveld Service aan klanten, taak f).

Nieuwe taken gebaseerd op de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011

- samenwerking met gemeenten over afstemming van dienstverlening en voorzieningen voor de consument (kernrandvoorwaarde);
- voorlichting en ondersteuning aan kwetsbare groepen over uitleg en hulp bij het aanvragen van een indicatie (kernrandvoorwaarde);
- de publiekvoorlichting over de rol van huisartsen en/of ziekenhuizen en transferverpleegkundigen, bij doorverwijzing en verkrijging van zorg (prestatieveld Service aan klanten, taak d);
- het initiëren van ketenoverleg met CIZ, BIZ, MEE, ziekenhuizen en AWBZ-zorgaanbieders (prestatieveld Service aan klanten, taak c).

5.3.1 Overige aanbevelingen

Het zorgkantoor kan de rol van cliëntondersteuner op zich nemen. Ook kan het zorgkantoor afspraken maken met andere organisaties – dichterbij de uitvoering van de zorg – om deze taak als cliëntondersteuner op zich te nemen. Verwacht mag worden dat de individuele zorgverzekeraar een vergelijkbare verantwoordelijkheid draagt vanaf 2012, indien deze de AWBZ voor eigen verzekerden moet uitvoeren. Deze rol is momenteel niet expliciet aan zorgkantoren toebedeeld. De NZa adviseert het ministerie van VWS de mogelijkheden daartoe te onderzoeken.

Bijlage 1. Betrokken organisaties

In het proces vóór aanvang zorg kunnen verzekerden direct te maken hebben met de volgende organisaties: indicatieorganen (BJZ en CIZ) en cliëntenorganisaties (onder andere MEE).

Andere organisaties hebben geen directe relatie met individuele verzekerden, maar behartigen de algemene belangen van de consument: CVZ, ActiZ, de CG-raad, de NPCF en Zorgbelangorganisaties.

Hierna wordt de (directe dan wel indirecte) bemoeienis van deze partijen met betrekking tot het zorgverleningsproces beschreven.

Centrum Indicatiestelling Zorg

Het CIZ heeft de afgelopen jaren verschillende ontwikkelingen door-gemaakt. Eén daarvan is de samenvoeging van verschillende regio's. Op dit moment bestaat het CIZ uit drie regio's.

Het CIZ is de poort naar de AWBZ-zorg. Cliënten moeten een indicatie hebben van het CIZ om de zorg te kunnen krijgen. Het CIZ houdt daarbij rekening met verschillende aspecten die eventueel het recht op zorg kunnen verminderen, zoals gebruikelijke zorg en mantelzorg.

Het overgrote deel van de cliënten die voor het eerst bij het CIZ komen, komt via een zorgaanbieder binnen. Het gaat dan om AWBZ-instellingen zelf, huisartsen, (transfer)verpleegkundigen, maatschappelijk werkster, etc. Deze groep is ongeveer 86% van het totaal. Van de overige 14% is het grootste gedeelte PGB-cliënt.

Het indicatiestellingsproces werkt als een soort trechter. De indicatie-steller heeft informatie nodig van de cliënt om tot een indicatiebesluit te kunnen komen. Het uitgangspunt van het CIZ is dat er zo veel als mogelijk informatie van specialisten (behandelaars) en huisartsen en eventueel familie wordt gevraagd. Cliënten, hun familie of de behandelaars moeten ook met de indicatieaanvraag zelf al zo veel mogelijk informatie meesturen. Soms worden er daarna per cliënt verschillende telefoontjes gedaan om nog meer te weten te komen over de medische situatie. Het grootste deel van de cliënten kan op deze manier van een indicatiebesluit worden voorzien, dus zonder huisbezoek te doen. In ongeveer 6% van het totaal aantal (her)indicaties wordt een huisbezoek afgelegd.

Bureau Jeugdzorg

Een BJZ is een zelfstandige stichting, door de provincie gefinancierd en staat onder provinciaal toezicht. In Nederland zijn vijftien van zulke stichtingen actief: twaalf ervan vallen onder de provincies en drie zijn verbonden met de grote steden. Er zijn landelijke protocollen om eenheid in de uitvoering van het beleid te waarborgen.

De zorg die via het BJZ ten laste komt van het AWBZ is (ten opzichte van de totale AWBZ-zorg) maar heel beperkt, maar ook de taken die het BJZ uitvoert voor de AWBZ maken maar een heel beperkt deel uit van alle door BJZ uit te voeren taken.

Daar staat tegenover dat het deel PGB-AWBZ een groeiend terrein is voor het BJZ.

Het BJZ kent voor wat betreft de geïndiceerde (AWBZ-)jeugdzorg drie hoofdtaken⁴²:

- (a) regelen toegang;
- (b) begeleiding cliënten;
- (c) cliënt terzijde staan bij verzilveren en evalueren van de zorg.

(a) Regelen toegang

Het BJZ verzorgt, op grond van verschillende wetten en voor diverse soorten situaties, indicaties. De voor dit onderzoek belangrijkste categorieën zijn:

- AWBZ-PGB: het zorgkantoor heeft hiermee in het kader van zorg-inkoop geen bemoeienis;
- AWBZ-zorg-in-natura: door het zorgkantoor ingekochte zorg zoals door RIBW's verleende zorg, extramurale begeleiding en ziekenhuiszorg na 365 dagen;
- Zvw zorg-in-natura: psychiatrische zorg die onder de Zvw valt (verblijfszorg en behandeling);⁴³
- Provinciaal gefinancierde psychosociale zorg: qua omvang de hoofdtaak van het BJZ.

Het CIZ verzorgt de indicatie voor aanvragen AWBZ-zorg LVG. Het BJZ zou ook graag de indicaties voor deze categorie willen verzorgen, omdat er vaak ook een overgang is vanuit de andere al door het BJZ geïndiceerde zorg en het BJZ goed op de hoogte is van de specifieke wet- en regelgeving met betrekking tot jeugdigen.⁴⁴ Deze zorg is duidelijk te onderscheiden van de overige door het CIZ te indiceren zorg.

(b) Begeleiding cliënten

Het BJZ is, in het kader van jeugdzorg, jeugdbescherming en jeugd-reclassering, belast met het begeleiden van cliënten (het zogenoemde casemanagement).

Het BJZ is verantwoordelijk voor plaatsing van de cliënt. Als de cliënt geplaatst is, is de rol van het BJZ voor AWBZ-zorg formeel beëindigd. Dat wil zeggen, dat er geen check achteraf plaatsvindt of het goed is gegaan en of de cliënt de benodigde zorg uiteindelijk heeft gekregen. Voor zorg die door de provincie bekostigd wordt, gaat de bemoeienis van het BJZ verder en wordt zo'n check achteraf wel als taak van het BJZ gezien. Het BJZ gaat dan dus na of de zorgverlening heeft geleid tot het beoogde effect.

(c) Cliënt terzijde staan bij verzilveren en evalueren van de zorg

De werkwijze ten aanzien van toewijzing AWBZ-zorg (in natura) is, dat het BJZ de cliënt en de zorginstelling ('die bovenaan het lijstje staat') de indicatie verstrekt. Ook mogelijke alternatieven worden op de indicatie aangegeven bedoeld voor situaties dat de geprefereerde zorgaanbieder geen plaats heeft. Is er geen plaats dan meldt de cliënt (en niet de zorginstelling) zich bij het BJZ. Het BJZ zet zich vervolgens in om de cliënt bij een andere (door de zorgkantoren) gecontracteerde zorgaanbieder te plaatsen.

Het BJZ kent (in tegenstelling tot het zorgkantoor) geen contractuele relatie met de zorginstelling. Het BJZ heeft hierbij de hulp van zorgkantoren nodig. Als de zorginstelling geen plaats heeft, kan het BJZ (en de cliënt) plaatsing niet (direct) afdwingen. De indicatie is wel nodig om toegang tot AWBZ-zorg te krijgen, maar is geen voucher in die zin dat een indicatie een financieel drukmiddel is.

⁴² Daarnaast heeft het BJZ nog andere belangrijke hoofdtaken die voor dit onderzoek niet relevant zijn.

⁴³ Ook de huisartsen kunnen deze indicaties verstrekken.

⁴⁴ Op korte termijn wordt het BJZ ook verantwoordelijk voor het verzorgen van deze indicaties.

MEE

De consulent van MEE informeert, adviseert, ondersteunt, werkt samen, bemiddelt en signaleert in alle levensfasen en op alle levensterreinen; zoals wonen, werken, onderwijs, opvoeding en vrije tijd. Een deel van de werkzaamheden van de consulent bestaat uit hulp bij het aanvragen van een indicatie voor de AWBZ. Als professioneel adviseur van de cliënt verheldert de consulent de vraagbehoefte. De dienstverlening van MEE is erop gericht dat mensen keuzes kunnen maken die ook daadwerkelijk passend zijn voor de vraag. Andere taken van de consulent zijn het geven van cursussen en algemene voorlichting.

MEE is er voor iedereen die een beperking ervaart als gevolg van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, niet aangeboren hersenletsel, chronische ziekte of vorm van autisme. Ook familie, mantelzorgers, hulpverleners en andere betrokkenen kunnen bij MEE terecht.

MEE maakt productieafspraken (voor diensten) met de zorgkantoren (de zorgkantoren bevoorschotten de MEE-organisaties). De MEE-organisaties leggen verantwoording af van hun productie aan de zorgkantoren. De zorgkantoren verrekenen de budgetten voor de MEE-organisaties, niet met de NZa maar, rechtstreeks met het Ministerie van VWS.⁴⁵

Zorgkantoren

In artikel 6, lid 3 van de AWBZ is opgenomen dat de zorgverzekeraars er voor zorgdragen dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. De zorgverzekeraars zijn dus volgens de AWBZ formeel verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor hun verzekerden. Zij hebben de verplichting ervoor te zorgen dat verzekerden op tijd de zorg krijgen waarop zij recht hebben volgens de indicatiebesluiten.

De gezamenlijke zorgverzekeraars hebben een mandaat aan zorgkantoren verleend voor de uitvoering van de AWBZ. Op basis van dit mandaat effectueert het zorgkantoor, via afspraken met de aanbieders, een voldoende aanbod van zorg dat aansluit op de zorgvraag (de zogenoemde zorgplicht). Het zorgkantoor sluit hiervoor (in het kader van de zorgtoewijzing) overeenkomsten met zorgaanbieders die de vereiste zorg kunnen leveren.

De aanwijzing van de zorgkantoren liep af per 31 december 2008. Het vorige kabinet had veranderingen aangekondigd in de uitvoeringsstructuur. In plaats van zorgkantoren zouden per 2009 de zorgverzekeraars de AWBZ gaan uitvoeren. Vorig jaar heeft het huidige kabinet aangegeven dat deze stap alleen wordt gezet als deze past in het perspectief voor de langere termijn. Het kabinet neemt hierover nu nog geen besluit en wil deze stap alleen maar zetten als aan een aantal randvoorwaarden is voldaan.

Het gaat daarbij in het bijzonder om de introductie van risicodragendheid voor de verzekeraars, persoonsvolgende in plaats van instellingsgerichte bekostiging, stabiele tarieven voor de zorgverlening en administraties en declaraties op individueel cliëntniveau.

Om die reden is de aanwijzing van de zorgkantoren voor drie jaar verlengd en zijn daaraan scherpe, op resultaat gerichte voorwaarden

⁴⁵ Met de beoogde herziening van AWBZ (en het opheffen van de zorgkantoren ultimo 2011), komt ook de financiering van MEE in een ander perspectief te staan.

verbonden waar zorgkantoren zich aan moeten houden. Uitgangspunt daarbij is dat de zorgkantoren zich de komende jaren hard maken voor het versterken van de positie van de consument.

CVZ

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) maakt het mogelijk dat iedereen toegang heeft tot een betaalbaar basispakket dat voorziet in de gezondheidszorg die noodzakelijk is. Daarmee waarborgt het CVZ dat iedereen van zorg is verzekerd. Het CVZ neemt hierbij een onafhankelijke positie in tussen het ministerie van VWS, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten(verenigingen).

Het werkkterrein van het CVZ is de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Tot het takenpakket van het CVZ behoren:

- Pakketbeheer: adviseren over de samenstelling van het basispakket en verduidelijken wat daartoe behoort. Het CVZ let erop dat in het basispakket alle noodzakelijke zorg zit en dat iedereen daarvan op de hoogte is;
- Zorg voor bijzondere groepen: het uitvoeren van voorzieningen en regelingen voor bijzondere groepen. Dat zijn mensen die zich om uiteenlopende redenen niet kunnen of willen verzekeren, bijvoorbeeld verzekerden in het buitenland en gemoedsbezwaarden. Ook degenen die zich wel verzekeren, maar vervolgens hun premie niet betalen, behoren tot de bijzondere groepen;
- Risicoverevening: het verdelen van premiegeld onder de zorgverzekeraars. Hierbij zorgt het CVZ ervoor dat de verzekeraars een compensatie krijgen voor kosten die verzekerden maken, ook die verzekerden die tot de zogenoemde risicogroepen behoren.

Het CVZ heeft op zowel het adviserend als het uitvoerend vlak in de zorg een belangrijke taak. Op sommige onderwerpen heeft het CVZ een direct contact met consumenten. Daarom is er op de website van het CVZ ook informatie te vinden over bijvoorbeeld het PGB en wat consumenten kunnen verwachten in een AWBZ-instelling.

ActiZ

ActiZ is een landelijke brancheorganisatie die zorgondernemers vertegenwoordigt die werkzaam zijn in verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. ActiZ zet zich in voor ondernemerschap in de markt voor zorg, wonen, welzijn, preventie en daaraan verwante diensten. ActiZ heeft circa 425 leden: zowel grote als kleine zorgondernemingen. De participatiegraad vanuit de verschillende zorgsoorten is groot. In omzet uitgedrukt is meer dan 90% van de ondernemingen die verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg bieden, aangesloten bij ActiZ. Voor de kraamzorg is dat 70%, voor de jeugdgezondheidszorg bijna 100%.

ActiZ heeft als landelijke brancheorganisatie voor zorgondernemers geen directe relatie met individuele verzekerden. De website van ActiZ bevat voornamelijk actuele informatie over de sector: inhoud en beleid. Het is een platform van opinies.

Zorgbelangorganisaties

Bij een Zorgbelangorganisatie zijn gemiddeld 80 tot 400 patiënten- en consumentenorganisaties per regio aangesloten. Om goed op de hoogte te zijn van de wensen, vragen en klachten van burgers onderhoudt een Zorgbelangorganisatie intensief contact met die

lidorganisaties. Zorgbelangorganisaties zijn actief binnen zorg en welzijn.

Zij doen ondermeer het volgende:

- belangenbehartiging en beïnvloeding van zorg- en welzijnsbeleid;
- het geven van informatie en voorlichting aan burgers over de zorg en het zorgaanbod in de regio;
- het registreren van klachten en het bieden van ondersteuning bij klachtmeldingen;
- bevordering van de kwaliteit van zorg door het doen van onderzoek en het maken van verbeterafspraken;
- ondersteunen van lidorganisaties bij verschillende activiteiten, zoals het organiseren van bijeenkomsten en cursussen.

Zorgbelangorganisaties zijn opgericht om de samenhang tussen alle zorg- en welzijnsvoorzieningen in de regio te bevorderen. Zij doen dat namens alle burgers. Er zijn twaalf regionale Zorgbelangorganisaties, één per provincie.

CG-raad

De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-raad) houdt zich met name bezig met het 'systeem' waarin de onder andere de AWBZ-zorg wordt georganiseerd. De CG-raad heeft circa 160 lid-organisaties en opereert meer op metaniveau. De CG-raad heeft vrijwel geen direct contact met individuele consumenten.

De CG-raad streeft een zorgvraaggestuurd systeem na, waarin de consument centraal staat en waarin hij zelf kan en mag kiezen welke zorg (zorg-in-natura, PGB) geschikt voor hem is. Pas als de consument de regie over de zorginvulling heeft, is er sprake van echte marktwerking. Daarnaast streeft de CG-raad onafhankelijkheid na: een consument moet voor wat betreft de informatievoorziening onafhankelijk zijn van een partij die belang heeft bij de uitvoering (bijvoorbeeld een (risicodragende) verzekeraar).

NPCF

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is een samenwerkingsverband van (koepels van) patiëntenorganisaties. De lidorganisaties zijn actief op de volgende werkerreinen: mensen met een lichamelijke beperking, verstandelijk gehandicapten, psychiatrie, verpleging en verzorging en curatieve zorg (ziekenhuiszorg, huisartsenzorg). De federatie fungeert als platform voor gemeenschappelijke beleidsontwikkeling en belangenbehartiging op inhoudelijke thema's.

De missie van de NPCF is het realiseren van vraaggestuurde zorg voor patiënten en consumenten vanuit het patiëntenperspectief, uitgaande van solidariteit, keuzevrijheid en behoud van persoonlijke autonomie. Om deze missie te verwezenlijken streven patiënten- en consumentenorganisaties binnen de NPCF gezamenlijk de volgende doelstellingen na:

- Gezamenlijk ontwikkelen van visies, beleid, innovatie en activiteiten ten behoeve van gemeenschappelijke belangenbehartiging en het faciliteren daarvan;
- Behartigen van de gemeenschappelijke belangen van aangesloten patiënten- en consumentenorganisaties op federatief niveau voor zover de lidorganisaties daartoe mandaat verleend hebben;
- Signaleren van leemtes in de patiënten- en consumentenbeweging en samen met de lidorganisaties verantwoordelijk voor het initiëren van oplossingsmogelijkheden.

Patiënten en consumenten zijn klanten en ervaringsdeskundigen. Zij hebben een opvatting over wat 'goede zorg' is. De NPCF werkt eraan om

die opvatting maatgevend te laten zijn bij de beoordeling van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Daarnaast probeert de NPCF ertoe bij te dragen dat er in de praktijk ook echt 'goede zorg' wordt geleverd. Mensen zijn verschillend. Patiënten en consumenten dus ook. Om de zorg te krijgen waaraan behoefte is moeten patiënten en consumenten zelf keuzes kunnen maken. Voor een bepaalde huisarts bijvoorbeeld, of voor een alternatieve behandeling in plaats van voor reguliere zorg. Om een goede keuze te kunnen maken is de juiste en begrijpelijke informatie nodig over de verschillende mogelijkheden. De NPCF vindt het daarom van groot belang dat er goede voorlichtingsproducten en -methoden worden ontwikkeld, die ook daadwerkelijk worden ingezet in de zorg.

In de afgelopen jaren zijn er, mede onder invloed van patiënten- en consumentenorganisaties, wetten tot stand gekomen die erop gericht zijn de positie van 'de klant' in de gezondheidszorg te versterken. Voorbeelden daarvan zijn de Kwaliteitswet en de Klachtenwet. Wetten moeten in de praktijk 'handen en voeten' krijgen. Daarom steekt de NPCF veel tijd en energie in het laten horen van de stem van patiënten en consumenten. Dit bij diegenen die (nog) de 'bepalers' zijn in de gezondheidszorg: de politiek, overheden, zorgaanbieders en verzekeraars.