



447

Besluit van 2 oktober 1997, houdende regels met betrekking tot het werkterrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen (Zorgindicatiebesluit)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 juli 1997, kenmerk DBO/PBO/971311;

Gelet op de artikelen 9a, eerste en tweede lid, 9b, tweede lid, en artikel 11 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en artikel 60, tweede en derde lid, van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen;

De Raad van State gehoord (advies van 24 september 1997, nr. W.13.97.0470);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 1997, kenmerk DBO 97975;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Paragraaf 1. Algemene bepalingen

Artikel 1

1. In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. de AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- b. indicatieorgaan: een indicatieorgaan als bedoeld in artikel 9a van de AWBZ;
- c. zorgvrager: degene ten behoeve van wie een aanvraag om een indicatiebesluit is ingediend;
- d. indicatiebesluit: het besluit van een indicatieorgaan waarbij beoordeeld wordt of en in welke omvang een zorgvrager in aanmerking komt voor een of meer vormen van zorg als bedoeld in artikel 2;
- e. psycho-geriatrische verpleeginrichting: een op grond van artikel 1, eerste lid, onder h, van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen als zodanig aangemerkte instelling of afdeling daarvan.

2. In dit besluit wordt mede verstaan onder instellingen: verzorgingshuizen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b, en instellingen als bedoeld in artikel 1, vijfde lid, van de Overgangswet verzorgingshuizen.

Artikel 2

Als vormen van zorg als bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ worden aangewezen de zorg, bedoeld in de artikelen 10 en 14 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, voor zover bestaande uit opname en verder verblijf of dagbehandeling in een verpleeginrichting alsmede de zorg, bedoeld in artikel 15, eerste lid, onder a en b, van dat besluit, en de zorg, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder a en b, van de Overgangswet verzorgingshuizen.

Artikel 3

Het indicatieorgaan wordt voor zover het opname en verder verblijf in een psycho-geriatrische verpleeginrichting betreft, aangewezen als commissie als bedoeld in artikel 60, derde lid, van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

Paragraaf 2. Samenstelling indicatieorgaan

Artikel 4

1. Het indicatieorgaan bestaat uit ten minste vijf leden.
2. In ieder geval worden de navolgende, in het werkgebied van het indicatieorgaan werkzame, organisaties in de gelegenheid gesteld telkens ten minste één persoon aan te wijzen als lid van het indicatieorgaan:
 - 1°. patiënten/consumentenorganisaties;
 - 2°. instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 2;
 - 3°. huisartsenorganisaties;
 - 4°. ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen.
3. De gemeente of gemeenten die in het werkgebied van het indicatieorgaan gelegen zijn, wijzen een persoon aan als lid van het indicatieorgaan.

Paragraaf 3. De aanvraag om een indicatiebesluit

Artikel 5

1. Bij of onmiddellijk na het indienen van de aanvraag om een indicatiebesluit gaat het indicatieorgaan na of de zorgvrager toestemming geeft tot het zondig raadplegen van behandelend artsen en het gebruik maken van bij hen aanwezige medische gegevens en maakt hier schriftelijk melding van.
2. Indien de aanvraag door een vertegenwoordiger van de zorgvrager wordt gedaan, wordt nagegaan wat de reden daarvan is en wordt die reden schriftelijk vermeld.

Paragraaf 4. Het onderzoek

Artikel 6

Voor zover dit voor het nemen van een indicatiebesluit van belang is, wordt onderzoek verricht naar:

- a. de algemene gezondheidstoestand van de zorgvrager;
- b. de beperkingen die de zorgvrager in zijn lichamelijk functioneren ondervindt als gevolg van ziekte of een lichamelijk gebrek;
- c. de woning en de woonomgeving van de zorgvrager;
- d. het psychisch en sociaal functioneren van de zorgvrager;
- e. de sociale omstandigheden van de zorgvrager;
- f. de aard en de omvang van de aan de zorgvrager geboden profes-

sionele en niet-professionele hulp en zorg en de mogelijkheden tot continuering en uitbreiding daarvan.

Artikel 7

1. Bij het onderzoek wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gegevens die bij de aanvraag zijn gevoegd of tijdens het onderzoek ter beschikking zijn gesteld.
2. Indien daartoe aanleiding bestaat, worden de behandelende artsen van de zorgvrager tijdens het onderzoek geraadpleegd.
3. Het gebruik maken van gegevens als bedoeld in het eerste lid en het raadplegen van behandelend artsen als bedoeld in het tweede lid geschiedt slechts met toestemming van de zorgvrager.

Artikel 8

Het onderzoek wordt verricht door personen dan wel organisaties die over voldoende deskundigheid beschikken om de aanvraag om een indicatiebesluit te kunnen beoordelen.

Artikel 9

1. Indien uit de aanvraag blijkt dat de zorgvrager langdurige opname gedurende de dag en de nacht of langdurige intensieve zorg thuis wenst, dan wel na het indienen van de aanvraag blijkt dat redelijkerwijs te verwachten is dat een indicatiebesluit zal worden genomen, waaruit blijkt dat een zorgvrager voor zodanige opname of zorg in aanmerking komt, wordt de aanvraag onderzocht door een team van deskundigen.
2. In een team als bedoeld in het eerste lid is, voor zover dat voor de beoordeling van de aanvraag van belang kan zijn, deskundigheid aanwezig op de terreinen van de zorg, bedoeld in artikel 2, alsmede op de terreinen van woningaanpassing en voorzieningen die op grond van de Welzijnswet 1994 en de Wet voorzieningen gehandicapten verstrekt kunnen worden.

Artikel 10

Onderzoek als bedoeld in deze paragraaf kan achterwege blijven, indien spoedige verlening van zorg redelijkerwijs noodzakelijk is.

Paragraaf 5. Protocollen

Artikel 11

1. Het indicatieorgaan stelt na overleg met in het werkgebied van het indicatieorgaan werkzame ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars, uitvoerende organen, patiënten/consumentenorganisaties en instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 2 een of meer protocollen vast met betrekking tot de door het indicatieorgaan te volgen procedure bij een aanvraag om een indicatiebesluit, waaronder het terzake te verrichten onderzoek.
2. In protocollen als bedoeld in het eerste lid:
 - a. wordt aangegeven welke deskundigheid bij de beoordeling van een aanvraag om een indicatiebesluit betrokken wordt,
 - b. wordt aangegeven welke zorginhoudelijke criteria worden gehanteerd bij de beoordeling van een aanvraag om een indicatiebesluit,
 - c. wordt een onderscheid gemaakt tussen aanvragen waarop direct een indicatiebesluit kan volgen, aanvragen waarop met spoed een indicatiebesluit moet volgen, aanvragen waarbij onderzoek plaatsvindt door een team van deskundigen en overige aanvragen, en

d. worden termijnen opgenomen waarbinnen de bij de verschillende aanvragen behorende onderzoeken verricht worden.

3. Voorts waarborgen protocollen dat ten behoeve van aanvragen om een indicatiebesluit een of meerdere formulieren worden vastgesteld, tijdens het onderzoek een analyse van de zorgbehoefte van de zorgvrager wordt opgesteld en bezien wordt of er meerdere mogelijkheden zijn om in die behoefte te voorzien. In ieder geval wordt bezien of aan de zorgbehoefte, al dan niet in combinatie met andere zorg en hulp, doelmatig voldaan kan worden door het verlenen van extramurale zorg.

4. Onze Minister kan bij ministeriële regeling nadere regels stellen met betrekking tot een door een indicatieorgaan vast te stellen protocol en een door een indicatieorgaan vast te stellen formulier als bedoeld in het derde lid.

Paragraaf 6. Het indicatiebesluit

Artikel 12

1. Het indicatieorgaan stelt binnen zes weken nadat de aanvraag is ingediend een indicatiebesluit vast.

2. In afwijking van het eerste lid stelt het indicatieorgaan in situaties waarin spoedige verlening van zorg redelijkerwijs noodzakelijk is, binnen twee weken nadat de aanvraag is ingediend, een indicatiebesluit vast.

Artikel 13

1. Indien een indicatieorgaan een indicatiebesluit neemt, waaruit blijkt dat de zorgvrager in aanmerking komt voor een of meer vormen van zorg als bedoeld in artikel 2, geeft het:

a. de omvang waarin hij in aanmerking komt voor die zorg zo mogelijk in termen van bandbreedtes aan,

b. de urgentie waarmee die zorg verleend moet worden aan, en

c. in de situatie dat uit dat besluit blijkt dat de zorgvrager voor meer dan één vorm van zorg als bedoeld in artikel 2 in aanmerking komt, zo mogelijk aan voor welke van die vormen van zorg naar zijn oordeel de zorgvrager het meest in aanmerking komt.

2. Indien het indicatieorgaan van oordeel is dat andere professionele zorg of hulp dan de zorg, bedoeld in artikel 2, noodzakelijk, dan wel mede noodzakelijk is, geeft het indicatieorgaan zo mogelijk dat en vanuit welke categorie van organisaties of personen die zorg of hulp naar zijn oordeel verleend kan worden aan.

Artikel 14

Het nemen van indicatiebesluiten, waaruit blijkt dat een zorgvrager in aanmerking komt voor langdurige opname gedurende de dag en de nacht of langdurige intensieve zorg thuis, wordt niet gemandateerd aan instellingen die zodanige zorg verlenen.

Artikel 15

1. In het indicatiebesluit wordt de geldigheidsduur ervan vermeld. Behoudens, indien het indicatieorgaan besluit dat langdurige opname gedurende de dag en de nacht in een verpleeginrichting of een verzorgingshuis aangewezen is, kan de geldigheidsduur niet onbepaald zijn.

2. Indien om reden dat spoedige verlening van zorg redelijkerwijs noodzakelijk is, onderzoek als bedoeld in paragraaf 4 achterwege is gebleven, stelt het indicatieorgaan de geldigheidsduur van het besluit op ten hoogste vier weken.

Artikel 16

Een ziekenfonds, ziektekostenverzekeraar of uitvoerend orgaan kan in situaties waarin onmiddellijke verlening van zorg als bedoeld in artikel 2 redelijkerwijs noodzakelijk is, besluiten dat een verzekerde zijn aanspraak op zorg gedurende ten hoogste twee weken tot gelding kan brengen, zonder dat hij beschikt over een indicatiebesluit, waaruit blijkt dat hij op zodanige zorg is aangewezen.

Paragraaf 7. Bijzondere bepalingen met betrekking tot opnemings en verder verblijf in een psycho-geriatrische verpleeginrichting

Artikel 17

1. Voordat het indicatieorgaan een indicatiebesluit neemt, waaruit blijkt dat opnemings en verder verblijf in een psycho-geriatrische inrichting noodzakelijk wordt geoordeeld, wordt, tenzij gebleken is dat de zorgvrager de nodige bereidheid bezit tot zodanige opnemings en verder verblijf, hem schriftelijk en mondeling medegedeeld dat hij bedenkingen kan inbrengen tegen zodanige opnemings en verder verblijf.

2. Indien een besluit als bedoeld in het eerste lid wordt genomen, wordt, tenzij gebleken is dat de zorgvrager de nodige bereidheid bezit tot zodanige opnemings en verder verblijf, in dat besluit melding gemaakt van:

- a. de aard van de stoornis van de geestvermogens;
- b. de omstandigheden die meebrengen dat hij zich ten gevolge van die stoornis niet buiten een psycho-geriatrische inrichting kan handhaven;
- c. de wijze waarop aan hem is meegegeven dat hij bedenkingen kan inbrengen tegen zodanige opnemings en verder verblijf en diens reactie daarop.

Paragraaf 8. Informatie

Artikel 18

1. Eenmaal per jaar zendt het indicatieorgaan Onze Minister een verslag, waaruit blijkt:

- a. het aantal bij het indicatieorgaan ingediende aanvragen in het daaraan voorafgaande jaar,
- b. met betrekking tot welke vorm van zorg deze aanvragen zijn ingediend, en
- c. de met betrekking tot deze aanvragen genomen indicatiebesluiten.

2. Het indicatieorgaan zendt binnen een maand na vaststelling van een protocol als bedoeld in artikel 11 een afschrift daarvan aan Onze Minister.

Paragraaf 9. Overgangs- en slotbepalingen

Artikel 19

Het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging wordt ingetrokken.

Artikel 20

1. Dit besluit is niet van toepassing ten aanzien van diegenen die:

- a. onmiddellijk vóór 1 januari 1997 zorg als bedoeld in de artikelen 10 en 14 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering verleend werd en aan wie die zorg onmiddellijk voorafgaand aan de inwerkingtreding van dit besluit nog steeds verleend werd;
- b. in het bezit zijn van een advies op grond van het Besluit indicatieadviesing bejaardenoordens en verpleeginrichtingen, zoals dat besluit

luidde tot de intrekking van de Wet op de bejaardenoorden, waaruit blijkt dat zij voor zorg als bedoeld in de artikelen 10 en 14 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering in aanmerking komen, en mits aan hen binnen twee jaar na inwerkingtreding van dit besluit die zorg ook verleend wordt.

c. onmiddellijk vóór 1 januari 1997 zorg als bedoeld in artikel 15, eerste lid, onder a en b, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, zoals dat besluit luidde tot dat tijdstip, verleend werd, bestaande uit verpleging of verzorging door of vanwege een kruisorganisatie en mits aan hen die zorg op het tijdstip van inwerkingtreding van dit besluit nog verleend wordt.

2. Onze Minister kan bij ministeriële regeling een tijdstip bepalen met ingang waarvan dit besluit van toepassing is op personen dan wel categorieën van personen, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 21

Een indicatiebeoordeling als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder c, van het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging, zoals dat besluit luidde tot de intrekking daarvan, wordt gelijkgesteld met een indicatiebesluit als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder d, met dien verstande dat, indien de geldigheidsduur van de indicatiebeoordeling door het indicatieorgaan op onbepaald gesteld is, Onze Minister voor categorieën van indicatiebeoordelingen bij ministeriële regeling alsnog kan bepalen dat die indicatiebeoordelingen een bij die regeling te bepalen geldigheidsduur hebben.

Artikel 22

1. De samenstelling van het indicatieorgaan kan, voor zover deze in overeenstemming is met hetgeen was bepaald in het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging, zoals dat besluit luidde tot de intrekking daarvan, tot uiterlijk 1 januari 1999 overeenkomstig dat besluit zijn.

2. Tot uiterlijk 1 januari 1999 kan afgeweken worden van artikel 9, tweede lid, en artikel 11.

Artikel 23

Tot een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip luidt artikel 1, tweede lid, als volgt:

2. In dit besluit wordt mede verstaan onder instellingen: verzorgingshuizen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b, en instellingen als bedoeld in artikel 4, tweede lid, van de Overgangswet verzorgingshuizen.

Artikel 24

Artikel 1, tweede lid, van het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering komt te luiden:

2. Voor de toepassing van dit besluit wordt onder een tehuis niet verstaan een verzorgingshuis als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b, van de Overgangswet verzorgingshuizen, behoudens voor zover het betreft de ziekenafdeling van een verzorgingshuis.

Artikel 25

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Artikel 26

Het advies van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt op grond van artikel 25a, vierde lid, onder b, van de Wet op de Raad van State, omdat het uitsluitend opmerkingen van redactionele aard bevat.

Dit besluit wordt aangehaald als: Zorgindicatiebesluit.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 2 oktober 1997

Beatrix

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. G. Terpstra

Uitgegeven de *veertiende* oktober 1997

De Minister van Justitie,
W. Sorgdrager

NOTA VAN TOELICHTING

ALGEMEEN

1. Inleiding

In het onderhavige besluit is het, na de totstandkoming van het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging, bijgestelde beleid ten aanzien van de indicatiestelling vastgelegd. Als gevolg daarvan wordt het laatste besluit in dit besluit ingetrokken.

In de beleidsbrief Indicatiestelling in de care-sectoren van 12 februari 1996 (kamerstukken II 1995/96, 24 608, nr. 1) heeft de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) destijds het door haar beoogde beleid inzake de indicatiestelling uiteengezet. De inhoud van die brief is in de Tweede Kamer in een aantal overleggen met de vaste commissie voor VWS aan de orde geweest. Die overleggen en overleg met de bij de indicatiestelling betrokken partijen in de zomer van 1996 hebben uiteindelijk geresulteerd in een traject waarbij fasegewijs zou worden gekomen tot de nieuwe gewenste situatie met betrekking tot de indicatiestelling. Als gevolg daarvan werd aanvankelijk in het op 1 januari 1997 in werking getreden Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging op soortgelijke wijze als dat in de voor 1 januari 1997 op grond van de Wet op de bejaardenzorg (Wbo) en artikel 77 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geldende regelgeving het geval was, de indicatiestelling geregeld. Door in het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging zoveel mogelijk aan te sluiten bij de voor 1 januari 1997 geldende regelgeving inzake de indicatiestelling werd een naadloze overgang bewerkstelligd van de Wbo, die per 1 januari 1997 ingetrokken werd, naar de artikelen 9a en 9b van AWBZ. In een later stadium is onder de reikwijdte van het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging ook een belangrijk deel van de thuiszorg (artikel 15, eerste lid, onder a en b, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering) gebracht.

In de brief van 12 juli 1996 aan de vaste commissie voor VWS (kenmerk DOB-U-965507) is de Tweede Kamer door de Staatssecretaris van VWS geïnformeerd over de fasegewijze invoering van het nieuwe beleid inzake indicatiestelling. Tevens werd in die brief het voornemen aangekondigd – na overleg met de bij de indicatiestelling betrokken partijen – op 1 januari 1998 een nieuwe dan wel gewijzigde algemene maatregel van bestuur op grond van de artikelen 9a en 9b van de AWBZ in werking te laten treden waarin gericht uitvoering werd gegeven aan de beoogde opzet van de indicatiestelling.

Na de totstandkoming van deze algemene maatregelen van bestuur heeft veelvuldig overleg plaatsgevonden met de bij de indicatiestelling betrokken partijen. Dit heeft geresulteerd in een bijstelling van het in de eerdergenoemde beleidsbrief opgenomen indicatiebeleid. Bij brief van 12 mei 1997 (kamerstukken II 1996/97, 24 608, nr. 3), verder te noemen: de voortgangsnotitie indicatiestelling, is de Tweede Kamer terzake geïnformeerd. De uitgangspunten van het indicatiebeleid zijn daarbij onverlet gelaten. Uitgangspunten van het indicatiebeleid blijven: de indicatiestelling moet objectief, onafhankelijk en integraal plaats vinden, de gemeenten moeten voorzien in (inter)gemeentelijke indicatieorganen, het indicatieorgaan moet beoordelen of iemand voor zorg in aanmerking komt, de verzekeraars zijn er verantwoordelijk voor dat de verzekerde zijn wettelijke aanspraken op zorg tot gelding kan brengen (zorgtoewijzing) en zorgverleners zijn verantwoordelijk voor de zorgverlening. Op een aantal andere punten, zoals protocollering en de mogelijkheden van mandaat is het aanvankelijk beoogde indicatiebeleid evenwel bijgesteld.

Voorts is aangegeven dat, gegeven de inhoud en complexiteit van de indicatiestelling, in de komende periode een evaluatie opzet zal worden opgesteld om inzicht te krijgen in de vertaling van de beoogde integraliteit in de te leveren zorg, i.c. de gewenste extramuralisering, de protocolontwikkeling, de bestuurlijke en organisatorische vormgeving, en de te verwachten opschaling in regionaal verband. Deze evaluatie moet na twee jaar inzicht bieden in het functioneren van de indicatieorganen. Daarnaast wordt begin 1999 het aantal indicaties over 1998 geëvalueerd in relatie tot het op jaarbasis aan het gemeentefonds toegevoegde bedrag voor het primaire proces van de indicatiestelling. Ook wordt beoogd per 1 januari 1999 de indicatieorganen indicatiebesluiten te laten nemen inzake de gehandicaptenzorg en mogelijk ook in de sfeer van de geestelijke gezondheidszorg. Dit laatste wordt evenwel nog niet in dit besluit vastgelegd. Met betrekking tot de gehandicaptenzorg zal na overleg met de Tweede Kamer en de betrokken partijen voor 1 januari 1998 een invoeringsstrategie gepresenteerd worden inzake de aanpak van een aantal knelpunten in 1998. Met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg geldt dat begin 1998 dat voornemen zal worden bezien in het licht van de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (zorgvernieuwing) en de beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg, die de Minister van VWS op 24 juni van dit jaar aan de Tweede Kamer heeft toegezonden (kenmerk GVM/GGZ/973100).

In het algemeen overleg met de vaste commissie van VWS op 18 juni 1997 is gebleken, dat vanuit de Tweede Kamer ingestemd werd met de brief van 12 mei 1997.

2. Protocollering

In onderhavig besluit (artikel 11) wordt indicatieorganen opgedragen protocollen op te stellen.

Oogmerk van het opstellen van protocollen is in de eerste plaats om inzichtelijk te maken hoe het indicatieorgaan tot zijn indicatiebesluiten komt. In dat kader is van belang dat het indicatieorgaan gestandaardiseerde aanvraagformulieren opstelt, welke bevorderen dat in vergelijkbare situaties eenzelfde zorgbehoefte wordt vastgesteld en tot gelijklopende indicatiebesluiten gekomen wordt. Daarnaast is van belang welke zorginhoudelijke dan wel andere criteria het indicatieorgaan hanteert om iemands zorgbehoefte vast te stellen en vervolgens de zorg waarvoor hij in aanmerking komt. Voorts is de deskundigheid die bij de beoordeling van een aanvraag betrokken wordt, van belang. Door het opschrijven van deze zaken wordt bereikt dat – niet in de laatste plaats ten behoeve van de zorgvrager – inzichtelijk wordt hoe tot een besluit wordt gekomen. Zeker zo belangrijk is echter, dat aan het opschrijven van dergelijke zaken een proces vooraf gaat, waarbij de tot dan toe door verschillende indicatoren gestelde vragen, gehanteerde criteria en de bij verschillende soorten aanvragen betrokken deskundigheden met elkaar vergeleken worden. Alsdan zal blijken dat – hetgeen vrijwel onvermijdbaar is – ook min of meer subjectieve overwegingen en opvattingen een rol spelen bij de indicatie. Voordat in een protocol de bij de indicatiestelling benodigde deskundigheid en de criteria die daarbij gehanteerd dienen te worden, worden opgeschreven, zullen ook die overwegingen en opvattingen met elkaar vergeleken worden en zal daarbinnen een keuze worden gemaakt. Protocollering zal derhalve leiden tot meer eenduidigheid in de wijze waarop besluiten worden genomen en daardoor tot meer objectiviteit in de besluitvorming.

Niet alleen de zorginhoudelijke criteria die het indicatieorgaan hanteert en de voor de beoordeling van een aanvraag benodigde deskundigheid zullen in het protocol omschreven moeten worden. Ook zal in protocollen een onderscheid moeten worden gemaakt tussen de te volgen procedures

bij verschillende soorten aanvragen, dusdanig dat – passend bij de aard van de aanvraag – zowel een zorgvuldige en integrale indicatiestelling is gegarandeerd als wordt voorkomen dat de behandeling van eenvoudige aanvragen op dezelfde wijze plaatsvindt als de behandeling van meer complexe aanvragen, zodat een te omslachtige en daarmee een voor de zorgvrager klantonvriendelijke en inefficiënte procedure wordt voorkomen. In de protocollen zullen tevens gedifferentieerde termijnen moeten worden aangegeven voor de onderscheiden soorten aanvragen.

In het onderhavige besluit wordt uitgegaan van door het indicatieorgaan vastgestelde protocollen. In het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging was sprake van protocollen die door de Minister van VWS moesten worden goedgekeurd of werden vastgesteld. Daarbij was het de bedoeling, dat de vastgestelde protocollen binnen een daarvoor te hanteren landelijk protocol pasten, dan wel dat een landelijk protocol werd vastgesteld met daarnaast op een aantal punten de mogelijkheid van regionale invulling. Om meerdere redenen is thans niet gekozen voor deze constructie.

In overleg met de bij de indicatiestelling betrokken partijen wordt al enige jaren gewerkt aan het ontwikkelen van een landelijk kader. Het Breed Indicatie Overleg (BIO), samengesteld uit de verschillende partijen in de sector verpleging en verzorging, patiënten/consumentenorganisaties, de Vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG) en zorgverzekeraars Nederland, heeft onlangs nog met het modelprotocol voor de sector verpleging en verzorging die ontwikkeling een flinke stap vooruit geholpen. Er zijn echter nog een aantal belemmeringen die op dit moment het hanteren door de Minister van VWS van een landelijk modelprotocol in de weg staan.

Op grond van de AWBZ en dit besluit vastgestelde regels met betrekking tot protocollen kunnen alleen betrekking hebben op bepaalde vormen van zorg die ten laste van de AWBZ en de Overgangswet verzorgingshuizen verleend worden. Niet zelden komt het echter voor dat iemand die aangewezen is op de zorg die op grond van de AWBZ of de Overgangswet verzorgingshuizen verleend wordt, eveneens aangewezen is op zorg en hulp, die op grond van andere wet- en regelgeving verstrekt wordt en waarvoor gemeenten primair verantwoordelijk zijn. Te denken valt aan voorzieningen op de terreinen van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), wonen en de Welzijnswet 1994. Om die reden werd en wordt het wenselijk geacht dat indicatieorganen niet alleen indicatiebesluiten nemen met betrekking tot bepaalde vormen van zorg, verleend op grond van de AWBZ of de Overgangswet verzorgingshuizen, maar ook met betrekking tot zorg en voorzieningen waarvoor de gemeenten verantwoordelijk zijn. Op grond van de AWBZ voorschrijven dat gemeenten dit ook daadwerkelijk doen, kan uiteraard niet. Mochten gemeenten evenwel de indicatiestelling voor voorzieningen op de terreinen van de Wvg, wonen en de Welzijnswet 1994 opgedragen hebben aan indicatieorganen, dan beogen zij waarschijnlijk dat de door het indicatieorgaan opgestelde protocollen ook betrekking hebben op die terreinen. Een dergelijke gang van zaken, wordt – vanuit de gedachte dat de problematiek waarmee iemand bij het indicatieorgaan aanklopt, integraal onderzocht moet worden en niet vanuit een bepaald deelterrein – dan ook ten volle ondersteund.

Op dit moment kan nog niet worden overzien in hoeverre het door het BIO opgestelde modelprotocol intervenueert met protocollering die gemeenten voorstaan op de terreinen waarvoor zij primair verantwoordelijk zijn. Ten alle tijde moet evenwel voorkomen worden dat een landelijk te hanteren protocol voor de zorg niet in overeenstemming is met de gewenste protocollering in het kader van de Wvg, de Welzijnswet 1994, etc. en daarmee een integrale benadering van de problematiek van de zorgvrager in de weg zou staan.

Daarnaast is de ontwikkeling van landelijke modelprotocollen nog in een beginstadium. De zorginhoudelijke criteria zullen nog verder moeten worden ontwikkeld om landelijk toegepast te kunnen worden. In de praktijk is er daarnaast behoefte aan een gestandaardiseerde vraagstelling. Kortom: de ontwikkeling van een landelijk protocol is nog niet zover, dat deze in de praktijk ook landelijk uniform toegepast kan worden. Daarom wordt thans volstaan met het in artikel 11 opnemen van een aantal normen waaraan de door indicatieorganen vast te stellen protocollen moeten voldoen. Daarnaast heeft de Minister van VWS nog de mogelijkheid om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen inzake de protocollering.

Overigens, indien sprake is van een landelijk modelprotocol dat gehanteerd moet worden, zal er ruimte moeten blijven voor regionale invulling op maat. In de komende periode zal de in het kader van het BIO in gang gezette ontwikkeling verder worden gestimuleerd en zal deze ontwikkeling moeten resulteren in een landelijk protocol, waaraan indicatieorganen zullen moeten voldoen bij het opstellen van hun protocollen. Dit laatste zal te zijner tijd mogelijk aanpassing van onderhavig besluit vergen.

Protocollen worden ingevolge artikel 11 vastgesteld door indicatieorganen. In de voortgangsnotitie indicatiestelling is opgemerkt, dat voor een succesvolle indicatiestelling, het zeer gewenst is dat ter zake van de indicatiestelling afstemming plaatsvindt met andere betrokken partijen. Die andere partijen zijn: de zorgverzekeraars (verantwoordelijk voor de zorgtoewijzing), zorgverleners, patiënten/consumentenorganisaties en gemeenten. Met betrekking tot de protocollering is betrokkenheid van die andere partijen – ook afgezien van de betrokkenheid van deze partijen in het indicatieorgaan – aangewezen. Om die reden is in artikel 11, eerste lid, vastgelegd dat het indicatieorgaan zijn protocollen eerst vaststelt na overleg met die partijen. Die betrokkenheid is alleen al noodzakelijk om reden van duidelijkheid inzake het in protocollen te hanteren begrippenkader. Het zal niet zo mogen zijn, dat – zonder dat dat zorgverleners en zorgverzekeraars duidelijk kan zijn – in de protocollen van indicatieorganen begrippen worden gehanteerd die voor zorgverleners of zorgverzekeraars een andere inhoud hebben. Alsdan zal, hetgeen uiteraard onwenselijk is, er na een indicatiebesluit onduidelijkheid over de te verlenen zorg kunnen ontstaan.

Om vanuit het Ministerie van VWS de ontwikkelingen met betrekking tot de protocollering nauwlettend te kunnen volgen, ontvangt – ingevolge artikel 18, tweede lid – de Minister van VWS de door indicatieorganen vastgestelde protocollen. Naar aanleiding van de ontvangen protocollen zal het Ministerie van VWS ook volgen of de indicatiestelling voldoende objectief en integraal is.

3. Mandatering aan zorgverleners

In het algemeen overleg van 20 maart 1996 met de vaste commissie van VWS inzake de beleidsbrief Indicatiestelling in de care-sectoren, werden vanuit de Tweede Kamer bezwaren geuit met betrekking tot de mogelijkheid dat het indicatieorgaan het nemen van indicatiebesluiten zou mandateren aan zorgverlenende instellingen. Naar de mening van de betrokken kamerleden zou een dergelijk mandaat een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling in gevaar brengen. Aanvankelijk deelde de Staatssecretaris van VWS de bezwaren van die kamerleden. Hoewel dat niet expliciet in de tekst van het Besluit indicatiëbeoordeling verpleging en verzorging was verwoord, werd, gelet op de beoogde onafhankelijkheid en objectiviteit van de indicatiestelling, het mandateren van de indicatiestelling aan zorgverleners in zijn algemeenheid niet mogelijk geacht. Om praktische redenen werd slechts voor het jaar 1997

met betrekking tot de thuiszorg een – expliciet in de tekst van het besluit tot uitdrukking gebrachte – uitzondering gemaakt (artikel XIII van het Besluit van 15 november 1996 tot wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekosten verzekering, het Bijdragebesluit zorg, het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden en enige andere besluiten in verband met regeling van de aanspraak op thuiszorg (Stb. 1996, 595)).

De Staatssecretaris van VWS heeft in de voortgangsnotitie indicatiestelling van 12 mei 1997 doen blijken dat zij over de mogelijkheden van mandaatverlening aan zorginstellingen, haar standpunt heeft genuanceerd. Hetzelfde geldt blijkens het algemeen overleg in de Tweede Kamer van 18 juni 1997 voor de vaste commissie van VWS. Op zichzelf behoeft mandatering van indicatiebesluiten aan zorginstellingen niet een onafhankelijke en objectieve indicatiestelling in de weg te staan. Met name in geval van zorgverlening thuis is er sprake van een groot aantal zogenaamde eenvoudige aanvragen. Hoewel er niet snel sprake zal zijn van identieke situaties, zal het bij dergelijke eenvoudige aanvragen mogelijk moeten zijn aan de hand van een door het indicatieorgaan vastgesteld gestandaardiseerd aanvraagformulier het bestaan van een soortgelijke zorgbehoefte in vergelijkbare situaties vast te stellen en daarmee tot een gelijkkluidend indicatiebesluit te komen. Daarnaast zou het indicatieorgaan door een toetsing achteraf – bijvoorbeeld steekproefgewijs – de «vinger aan de pols kunnen houden». Ook overigens zullen de door indicatieorganen op te stellen protocollen bijdragen aan een objectievere en daardoor onafhankelijker indicatiestelling. Bij een dergelijke werkwijze lijkt dan ook geen bezwaar te bestaan tegen het mandateren van indicatiebesluiten op eenvoudige aanvragen aan instellingen die de desbetreffende zorg verlenen.

Niet in alle gevallen wordt mandaatverlening aan zorgverleners overigens aangewezen geacht. In artikel 14 is vastgelegd dat het nemen van indicatiebesluiten, waaruit blijkt dat sprake is van langdurige opname gedurende de dag en de nacht of langdurige intensieve zorg thuis, niet gemandateerd mag worden aan instellingen die zodanige zorg leveren. Het gaat hierbij om zogenaamde complexe zorgaanvragen, waarbij een onderzoek door een multidisciplinair team van deskundigen is voorgescreven (artikel 9). De voor de beoordeling van de aanvraag noodzakelijke deskundigheid zal zich alsdan niet binnen één instelling bevinden. Het verlenen van mandaat tot het nemen van een besluit op een dergelijke aanvraag aan één enkele instelling wordt dan ook niet gewenst geacht.

In dit besluit is slechts met betrekking tot indicatiebesluiten, waaruit blijkt dat de zorgvrager in aanmerking komt voor langdurige opname gedurende de dag en de nacht of langdurige intensieve zorg thuis bepaald dat het verlenen van mandaat aan instellingen die zodanige zorg leveren niet is toegestaan. Dat alleen met betrekking tot dergelijke indicatiebesluiten is bepaald dat mandatering niet is toegestaan, wil overigens niet zeggen dat elk ander besluit zich zonder meer voor mandatering zou lenen. Er zullen meer complexe zorgvragen zijn, waarvan ook in de protocollen is bepaald dat het onderzoek, voorafgaand aan een indicatiebesluit, moet plaatsvinden door een team van deskundigen. Voorstelbaar is dat ook de indicatiebesluiten die voortvloeien uit de hierop betrekking hebbende aanvragen niet gemandateerd worden aan instellingen die zorg verlenen.

Organisatorisch kan het indicatieorgaan op verschillende wijzen aan teams van deskundigen vorm geven. Een in de voortgangsnotitie indicatiestelling genoemde mogelijkheid is de constructie van aan het indicatieorgaan gekoppelde kamers, bestaande uit deskundigen. In een dergelijke kamerconstructie is het overigens mogelijk, zowel als individuele deskundige, voor wat betreft de eenvoudige hulpvraag, als in teamverband, wat betreft de complexe hulpvraag, het indicatiewerk uit te

voeren. De kamerstructuur biedt potentieel ook de mogelijkheid om, met het oog op de voorgestane verbreding van de indicatiestelling met de sectoren gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, de sector-specifieke praktijk in de verschillende sectoren bij de inrichting te betrekken. Voorgeschreven wordt een dergelijke constructie in dit besluit overigens niet.

Met name met betrekking tot eenvoudige zorgvragen waarbij de zorgvragers gewend zijn zich rechtstreeks te wenden tot de instellingen die dergelijke zorg leveren, kan het verlenen van mandaat aan zorginstellingen zelfs wenselijk zijn. Immers, de zorgvrager heeft zich alsdan alleen maar tot de instelling te wenden. In die zin kan het verlenen van mandaat aan instellingen die zorg verlenen, tijdsbesparing voor de zorgvrager opleveren en bevorderen dat een snellere en effectievere behandeling van de aanvraag plaatsvindt.

Bij mandatering blijft het indicatieorgaan overigens volledig verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Het indicatieorgaan stelt protocollen vast op basis waarvan de gemandateerde instelling indiceert en bepaalt ook anderszins de condities verbonden aan mandatering. Houdt de gemandateerde instelling zich niet aan de bij mandaatverlening verbonden condities, dan zal het indicatieorgaan maatregelen moeten nemen. Eventueel kan zo'n maatregel zijn dat het mandaat beëindigd wordt.

Overigens kan het indicatieorgaan ook gebruik maken van de bestaande infrastructuur in de zorgsector door allerlei feitelijke werkzaamheden, bijvoorbeeld het onderzoek naar de zorgbehoefte, uit te besteden aan derden, waaronder zorginstellingen. Van mandaatverlening is dan overigens geen sprake. Immers, de indicatiebesluiten worden dan niet door die derden genomen.

4. Verantwoordelijkheid van gemeenten om te voorzien in indicatieorganen

In artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ wordt de gemeenten opgedragen te voorzien in indicatieorganen. In dat verband zijn zij onder meer bevoegd aan indicatieorganen voorschriften op te leggen terzake van hun werkwijze, personele en financiële organisatie en zullen zij indicatieorganen zodanig van personele en financiële middelen moeten voorzien, dat die organen de hen opgelegde taken ook naar behoren kunnen uitvoeren. Op dit laatste zullen zij ook toezicht moeten houden. Op zijn beurt zal de Minister van VWS gemeenten erop aanspreken, indien eventueel zou blijken dat indicatieorganen hun taken niet adequaat uitvoeren. Uiteraard zullen de voorschriften van gemeenten niet in strijd met de AWBZ, in het bijzonder dit besluit, en andere regelgeving mogen zijn. Zo zullen gemeenten indicatieorganen niet een verplichting tot mandatering op mogen leggen of mandaatverlening in zijn algemeenheid mogen verbieden. Indien zou blijken dat een of meerdere gemandateerden hun taken niet naar behoren uitvoeren en het indicatieorgaan terzake geen maatregelen neemt, is overigens wel denkbaar dat gemeenten vanuit hun toezichthoudende rol de mandaatverlening aan de betrokken organisaties of personen verbiedt.

5. Financiering

De gemeente draagt zorg voor een adequate financiering van het indicatieorgaan. In de voortgangsnotitie indicatiestelling van 12 mei 1997 is aangegeven dat er in april 1997 afspraken met de VNG zijn gemaakt over aan het gemeentefonds toe te voegen structurele middelen voor de

kosten van het primaire proces van indicatiestelling (f 50 mln. op jaarbasis) en voor de inrichting en instandhouding van de indicatieorganen (f 10 mln. op jaarbasis). De aan het gemeentefonds toe te voegen middelen ten behoeve van het primaire proces van indicatiestelling zijn daarna als gevolg van het vervallen van de zogenaamde knip in de thuiszorg per 1 januari 1998 gewijzigd van f 50 mln. in f 62,5 mln. Op basis van die «knip» wordt tot 1 januari 1998 de kortdurende ziekenhuisgerelateerde thuiszorg niet ten laste van de AWBZ gebracht. In het voorjaar van 1999 vindt een evaluatie plaats op basis van de aantallen indicaties, die kan leiden tot een bijstelling van het aan het gemeentefonds op jaarbasis toe te voegen bedrag, ingaande het jaar 2000. Voor de opstart- en frictiekosten wordt in de jaren 1997–1999 f 6,5, respectievelijk f 5 miljoen toegevoegd aan de uitkering uit het gemeentefonds.

ARTIKELEN

Artikel 1

In het eerste lid zijn een aantal begripsomschrijvingen opgenomen. In het eerste lid, onder d, is het indicatiebesluit gedefinieerd als het besluit van een indicatieorgaan waarbij beoordeeld wordt of en in welke omvang een zorgvrager in aanmerking komt voor één of meer vormen van zorg als bedoeld in artikel 2.

Bewust is gekozen voor de formulering «één of meer». Het gaat niet aan dat het indicatieorgaan slechts beziet of één vorm van zorg in iemands zorgbehoefte kan voorzien. Zonder nu een uitputtende opsomming te geven, zijn er meerdere situaties denkbaar waarbij meerdere vormen van zorg in aanmerking komen. Zo kan het voorkomen dat in iemands zorgbehoefte kan worden voorzien door zowel opname in een instelling als zorg thuis. Denkbaar is ook dat opname voor een aantal uren per dag in een instelling én een aantal uren per dag zorg thuis aangewezen is. Een derde mogelijkheid is dat in eerste instantie – al dan niet als zogenaamde «overbruggingszorg» – opname geboden is, maar dat na verloop van tijd zorg thuis geboden kan worden.

De vormen van zorg die in artikel 2 aangeduid zijn, zijn in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, respectievelijk de Overgangswet verzorgingshuizen steeds in hun volle omvang omschreven. Zo is in artikel 2, eerste lid, onder a, van de Overgangswet verzorgingshuizen zorg omschreven die bestaat uit duurzaam of kortdurend verblijf en verzorging gedurende de dag of nacht. In de specifiek aan het indicatieorgaan voorgelegde situatie zal het moeten bepalen welke van de onderdelen van die zorg in aanmerking komen. Zo zal het bijvoorbeeld moeten bepalen of duurzaam dan wel kortdurend verblijf en verzorging, verblijf en verzorging gedurende de dag en de nacht, verblijf gedurende de dag, dan wel verblijf en verzorging gedurende de nacht in aanmerking komt en, indien verblijf en verzorging gedurende de dag of de nacht in aanmerking komt, hoeveel uren en, voor zover in de specifieke situatie van belang, welke uren op die dag dan wel nacht. Verder zal het in een specifieke situatie moeten bepalen hoelang men voor dergelijke zorg in aanmerking komt. Is dit een week, twee maanden of in principe voor onbepaalde tijd? Kortom: in de specifiek aan het indicatieorgaan voorgelegde situatie zal de omvang waarin en de duur waarvoor een persoon in aanmerking komt voor een of meerdere vormen van zorg, door het indicatieorgaan aangegeven moeten worden.

Hoewel in artikel 9a, eerste en tweede lid, van de AWBZ de term «advies» gehanteerd wordt, is in dit besluit desalniettemin gekozen voor het begrip «indicatiebesluit». Immers, uit artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ blijkt, dat een verzekerde slechts zorg ten laste van de AWBZ kan ontvangen, indien uit een beoordeling van het indicatieorgaan blijkt dat

hij op die zorg is aangewezen. Blijkt uit die beoordeling niet, dat hij op bepaalde zorg is aangewezen, dan zal hij die zorg derhalve niet ten laste van de AWBZ kunnen ontvangen. Door dit rechtsgevolg wordt thans de term besluit beter op zijn plaats geacht dan de term advies.

In artikel 1, eerste lid, onder d, van de AWBZ wordt het begrip instellingen gedefinieerd als zijnde instellingen toegelaten overeenkomstig artikel 8 van de AWBZ. Verzorgingshuizen en daarmee in de Overgangswet verzorgingshuizen gelijkgestelde instellingen zijn geen toegelaten instellingen als bedoeld in artikel 8 van de AWBZ. Voor de toepassing van dit besluit worden zij ingevolge het tweede lid van dit artikel evenwel als instellingen aangemerkt.

Artikel 2

In artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ is bepaald dat bij algemene maatregel van bestuur de vormen van zorg worden aangewezen waarvoor het indicatieorgaan indiceert. In dit artikel zijn die vormen van zorg opgenomen.

Inmiddels is voorgenomen met ingang van 1 januari 1998 de aanspraken op intensieve thuiszorg te wijzigen en met ingang van die datum de intensieve thuiszorg weer te regelen op de wijze, zoals dat voor 1 januari 1997 het geval was. Dit brengt met zich dat het Besluit bijzondere ziektekostenverzekering gewijzigd zal moeten zijn per 1 januari 1998. Deze wijziging van het Besluit bijzondere ziektekostenverzekering zal ook consequenties hebben voor het in dit besluit geregelde werkterrein van indicatieorganen. Indicatieorganen zullen alsdan niet meer op grond van het Zorgindicatiebesluit beoordelen of iemand in aanmerking komt voor eerdergenoemde intensieve thuiszorg.

Artikel 3

Artikel 60, derde lid, van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur niet aan een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting gebonden commissies worden ingesteld of aangewezen die met betrekking tot een aanvraag voor opneming en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting oordelen over de noodzaak van opneming in zodanige inrichting. Voor zover het betreft opneming en verder verblijf in een psycho-geriatrische verpleeginrichting, wordt ingevolge artikel 3 het indicatieorgaan aangewezen als commissie als bedoeld in artikel 60, derde lid, van de Bopz. Behalve of personen aangewezen zijn op vormen van zorg als bedoeld in artikel 2, oordeelt het indicatieorgaan derhalve ook over de noodzaak tot opneming en verblijf in een psycho-geriatrische verpleeginrichting.

Artikel 4

In dit artikel is de samenstelling van het indicatieorgaan geregeld. Onder de patiënten/consumentenorganisaties worden ook de ouderenvonden gerekend, alsmede andere organisaties, zoals gehandicaptenorganisaties, die de belangen vertegenwoordigen van bepaalde groepen van personen die in belangrijke mate gebruik maken van zorg als bedoeld in artikel 2.

Het initiatief tot het uitnodigen van de in artikel 4, tweede lid, bedoelde organisaties ligt in eerste instantie bij de gemeenten die in het indicatieorgaan voorzien. Mogelijkerwijs hebben die gemeenten, nadat ze in het indicatieorgaan hebben voorzien, het initiatief tot het betrekken van deze organisaties in het indicatieorgaan, aan het indicatieorgaan opgedragen.

De tekst van het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging stond er op zichzelf niet aan in de weg, dat (vertegenwoordigers van)

instellingen deel uitmaakten van het indicatieorgaan. Aangezien, zoals hierboven uiteengezet, het mandateren van de indicatiestelling aan zorginstellingen strijdig met dat besluit werd geacht, bestond soms de indruk dat het opnemen van een persoon die verbonden was aan een zorginstelling de gewenste onafhankelijkheid van het indicatieorgaan in gevaar zou brengen. Inmiddels wordt het mandateren van indicatiebesluiten aan instellingen die zorg verlenen, in principe mogelijk geacht. Daarnaast is in meergenoemde voortgangsnotitie benadrukt dat de indicatiestelling door de indicatieorganen en de zorgtoewijzing door de verzekeraars noodzakelijke stappen zijn op weg naar de zorgverlening. Afstemming tussen deze drie fasen en de partijen die voor de uitvoering van de verschillende fasen verantwoordelijk zijn, is daarom van het begin af aan van belang. Vanwege die noodzakelijke afstemming wordt het zelfs gewenst geacht, dat behalve verzekeraars ook zorginstellingen in het indicatieorgaan vertegenwoordigd zijn. Vandaar dat in het besluit bepaald is dat ook instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 2, een persoon kunnen aanwijzen, die als lid aan het indicatieorgaan deelneemt.

Vanwege de betrokkenheid van huisartsen bij velerlei zorgverlening (de zogenaamde poortwachtersfunctie van de huisarts), wordt het wenselijk geacht, dat – naast instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 2 – huisartsenorganisaties afzonderlijk een persoon aanwijzen als lid van het indicatieorgaan.

In het algemene deel van deze nota van toelichting is – vanuit de gedachte dat de problematiek waarmee iemand aanklopt bij het indicatieorgaan, integraal onderzocht moet worden en niet alleen vanuit een bepaald deelterrein – ingegaan op de wenselijkheid dat indicatieorganen niet alleen indicatiebesluiten nemen met betrekking tot bepaalde vormen van zorg die op grond van de AWBZ of de Overgangswet verzorgingshuizen verleend kunnen worden, maar ook indicatiebesluiten nemen met betrekking tot verstrekkingen die op grond van de Welzijnswet 1994 en de Wvg, verleend worden. Niet in de laatste plaats vanwege de betrokkenheid van gemeenten bij de Welzijnswet 1994 en de Wvg, wordt het wenselijk geacht, dat een vertegenwoordiger van gemeenten deel uitmaakt van het indicatieorgaan.

Door samenwerking van gemeenten is het werkgebied van het indicatieorgaan doorgaans niet aan gemeentelijke grenzen gebonden. Vandaar dat in artikel 4 sprake is van in het werkgebied van een indicatieorgaan werkzame organisaties, respectievelijk in het werkgebied van een indicatieorgaan gelegen gemeenten.

Dit artikel regelt de samenstelling van het indicatieorgaan. Het is niet de bedoeling dat de in dit artikel bedoelde leden van het indicatieorgaan onderzoeken of en in hoeverre iemand voor zorg als bedoeld in artikel 2 in aanmerking komt. Dit laatste zal ingevolge de artikelen 8 en 9 gedaan worden door deskundigen op het terrein van de zorg. Dat laat overigens onverlet de verantwoordelijkheid van het indicatieorgaan voor indicatiebesluiten.

Artikel 5

Bij of kort na het indienen van de aanvraag om een indicatiebesluit zal het indicatieorgaan na moeten gaan of de zorgvrager – ten behoeve van het onderzoek dat volgt op de aanvraag – toestemming geeft tot het raadplegen van behandelend artsen en het gebruik maken van bij deze aanwezige gegevens. Uiteraard zullen behandelend artsen en bij deze aanwezige gegevens alleen geraadpleegd mogen worden voor zover dat voor de beoordeling van de zorgvraag relevant kan zijn. In dat verband zal een machtiging aan het indicatieorgaan om behandelend artsen en bij deze aanwezige gegevens te raadplegen, niet zo ruim mogen zijn dat willekeurig welke arts waarmee de zorgvrager ooit te maken heeft gehad door het indicatieorgaan geraadpleegd zou mogen worden. Geeft de

zorgvrager zodanige toestemming niet, dan zal raadpleging van deze artsen en medische gegevens niet mogen plaats vinden.

Een aanvraag kan worden ingediend door de persoon op wie die aanvraag betrekking heeft of door een derde die daartoe door de zorgvrager gemachtigd is dan wel diens wettelijk vertegenwoordiger is. Dat laatste zal voorkomen, indien de aanvrager niet in staat is zelf de aanvraag in te dienen. Ondertekent de derde de aanvraag, dan zullen op grond van het tweede lid de redenen waarom de aanvrager niet zelf tekent, moeten worden vermeld. Wil voorkomen worden dat personen voor een onderzoek tegen hun wil benaderd worden door of namens het indicatieorgaan, dan zal nagegaan zal moeten worden of de derde inderdaad bevoegd is de aanvraag te ondertekenen.

Artikel 6

Voordat een indicatiebesluit kan worden genomen, zal een onderzoek naar de relevante feiten en omstandigheden noodzakelijk zijn. Van belang zijnde feiten en omstandigheden zijn opgenomen in de onderdelen a tot en met f. In het kader van de algemene gezondheidstoestand van de zorgvrager (onderdeel a) zal onder meer aan de orde komen of de zorgvrager ziekten of lichamelijke gebreken of klachten heeft en of deze hersteld kunnen worden. Bij het onderzoek naar de beperkingen in het lichamelijke functioneren (onderdeel b) gaat het in de eerste plaats om de beperkingen die ervaren worden in de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Te denken valt aan constatering als: de zorgvrager is niet in staat om trappen op te lopen, de zorgvrager kan, omdat hij het bed moet houden, zijn gezin niet verzorgen, de zorgvrager kan geen krant lezen, etc. Bij het onderzoek naar de woning en de woonomgeving (onderdeel c) zal niet alleen naar de kenmerken van de woning zelf (of het huis een trap of lift, aangepaste drempels, etc. bevat) gekeken worden; ook de woonomgeving is relevant (ligt het huis al dan niet afgelegen, geïsoleerd?) Bij het psychisch functioneren zal bijvoorbeeld aan de orde komen of er sprake is van psychische stoornissen. Bij het sociaal functioneren kan de vraag aan de orde zijn of de zorgvrager vanwege mobiliteitsproblemen geen familie, vrienden en kennissen meer opzoekt. De sociale omstandigheden (alleenstaand, samenwonend met een of meer andere gezinsleden, hij verzorgt het huishouden in een gezin, hij heeft arbeidsverplichtingen, etc.) zijn voorts ook niet van relevantie ontbloot. Tenslotte is de aard en de omvang van zowel de professionele als de niet-professionele zorg en hulp van belang, alsmede de mogelijkheden van continuering of uitbreiding daarvan. Wil geanalyseerd worden kunnen worden welke zorg de zorgvrager nodig heeft, dan zal immers eerst duidelijkheid moeten bestaan over de zorg en hulp die hij reeds ontvangt, zowel in de professionele sfeer (bijvoorbeeld thuiszorg) als in de niet-professionele sfeer (zorg en hulp door familie, vrienden, burens, etc.). Deze laatste hulp en zorg wordt ook wel als mantelzorg aangeduid.

Niet altijd zal het noodzakelijk zijn naar alle onder a tot en met f bedoelde omstandigheden onderzoek te doen. Met name bij aanvragen die betrekking hebben op zorg thuis, is het zeer goed denkbaar dat de geestelijke toestand van geen belang is voor het onderzoek naar de zorgbehoefte. In dergelijke situaties zal – gelet op de in het eerste lid opgenomen woorden «voor zover» – de geestelijke toestand van de aanvrager niet onderzocht mogen worden.

Artikel 7

Dit artikel is een uitwerking van het uitgangspunt dat het onderzoek door het indicatieorgaan de zorgvrager zo min mogelijk moet belasten. Dit betekent dat, indien mogelijk, moet worden uitgegaan van reeds aanwezige gegevens uit eerdere onderzoeken (door artsen, een regionale

instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG), thuiszorg, etc.). Het kan zijn dat zodanige gegevens bij de aanvraag om een indicatiebesluit worden meegezonden. Het kan ook zijn dat tijdens het onderzoek toestemming van de aanvrager wordt gegeven en zodoende toegang tot die gegevens ontstaat. Eerst indien de op deze wijze beschikbaar gestelde gegevens onvoldoende inzicht geven in de zorgbehoefte van de aanvrager en de omstandigheden waarin hij zich bevindt, dan wel indien behandelend artsen niet binnen de gestelde termijnen beschikbaar zijn om door het indicatieorgaan geraadpleegd te worden, zal het indicatieorgaan zelf de ontbrekende informatie verzamelen.

Artikel 8

De deskundigheid die vereist is voor het goed kunnen onderzoeken van de aanvraag om een indicatiebesluit, zal voor verschillende groepen van aanvragen anders zijn. Een aanvraag om een indicatiebesluit, waarbij de zorgvrager hulp vraagt in zijn huishouding omdat hij tijdelijk niet in staat is deze huishouding zelf te verzorgen, zal eenvoudiger te beoordelen zijn, dan een aanvraag van iemand die langdurige zorg en hulp nodig heeft, terwijl er verschillende manieren zijn waarop die zorg- en hulpverlening kan plaatsvinden. In het laatste geval zou de beoordeling van de zorgvraag dermate complex kunnen zijn, dat de daarvoor benodigde deskundigheid niet in één persoon of organisatie verenigd is, maar in meerdere personen of organisaties. In een dergelijke situatie is een onderzoek door een multi-disciplinair samengesteld team van deskundige personen of organisaties aangewezen. Onder personen en organisaties die over voldoende deskundigheid beschikken, kunnen personen verbonden aan zorginstellingen en zorginstellingen zelf gerekend worden. Het kan echter ook gaan om personen en organisaties die geen zorg verlenen. Naast een voldoende opleidingsniveau van indicateurs, is kennis van en ervaring met de zorgverlening van essentieel belang voor de inhoudelijke afstemming tussen indicatiestelling en zorgverlening.

Artikel 9

Bij de toelichting bij artikel 8 is reeds aan de orde geweest dat bij aanvragen om een indicatiebesluit die complexer van aard zijn, de benodigde deskundigheid om die aanvraag te kunnen beoordelen, niet in een enkele persoon of organisatie verenigd zal zijn, en derhalve een onderzoek door meerdere deskundigen is aangewezen. In de situatie dat sprake is van langdurige opname gedurende de dag en de nacht of langdurige intensieve zorg thuis, wordt een onderzoek door een team van deskundigen in ieder geval aangewezen geacht. In de situatie dat sprake is van een langdurige intramurale opname, is zo'n onderzoek overigens niet alleen gewenst om reden van de vereiste deskundigheid, maar ook omdat een langdurige intramurale opname in zijn algemeenheid zeer ingrijpend voor de zorgvrager zal zijn. Indien de mogelijkheid bestaat van een zo ingrijpende verandering in het leven van de zorgvrager, is het onwenselijk dat het onderzoek naar de zorgbehoefte door één persoon wordt verricht. In het eerste lid is dan ook vastgelegd, dat in een dergelijke situatie het onderzoek door een team van deskundigen moet worden verricht. In zijn algemeenheid is van een langdurige opname, respectievelijk langdurige zorg thuis sprake, indien deze zorg langer dan 13 weken plaats vindt.

Dat het onderzoek door een team van deskundigen wordt verricht, betekent uiteraard niet dat elke in het team opgenomen deskundige afzonderlijk met de zorgvrager contact zou moeten opnemen om zijn vragen beantwoord te krijgen. Zoals eerder opgemerkt is, zal het onderzoek de zorgvrager zo weinig mogelijk moeten belasten. Coördinatie terzake van de contacten met de zorgvrager is noodzakelijk. In de regel

zou slechts één persoon uit het team de contacten met de zorgvrager moeten onderhouden.

Het tweede lid bevat bepalingen over de noodzakelijke deskundigheid van een team. In ieder geval zal binnen het team multidisciplinaire deskundigheid op het terrein van de zorg aanwezig moeten zijn. Soms zal het hierbij blijven. Veelal zal, om het onderzoek naar de zorgbehoefte van de aanvrager goed te kunnen verrichten, echter ook de deskundigheid van andere disciplines noodzakelijk zijn. In dat verband zal regelmatig deskundigheid op het terrein van woningaanpassing en deskundigheid met betrekking tot voorzieningen die op grond van de Welzijnswet 1994 en de Wvg verstrekt kunnen worden, noodzakelijk zijn. Deze deskundigheden zijn dan ook expliciet opgenomen in het tweede lid. Overigens betreft het hier geen limitatieve opsomming. Indien het ten behoeve van het onderzoek naar de zorgbehoefte wenselijk wordt gevonden andere deskundigen te betrekken in het multidisciplinaire team, is dat mogelijk en zelfs wenselijk. Een team van deskundigen kan een vaste samenstelling hebben, maar dat hoeft niet. Zelfs een ad-hoc samenstelling van een team is mogelijk. Het belangrijkste is dat bij het onderzoek voldoende deskundigheid wordt betrokken.

Artikel 10

Enig onderzoek zal altijd noodzakelijk zijn om een indicatiebesluit te kunnen nemen. In spoedeisende situaties zal het echter veelal te omslachtig en te tijdrovend zijn om een onderzoek naar de (exacte) zorgbehoefte van de aanvrager te verrichten. Een snelle besluitvorming weegt dan zwaarder. Bij spoedeisende situaties gaat het niet alleen om situaties waarbij onmiddellijke zorgverlening geboden is. Het gaat ook om situaties waarbij op zeer korte termijn zorg geboden is.

Overigens is in artikel 15, tweede lid, voor dergelijke situaties bepaald dat het indicatiebesluit slechts een geldigheidsduur heeft van ten hoogste vier weken. Is na die tijd nog zorg geboden, dan zal een nieuwe aanvraag om een indicatiebesluit ingediend moeten worden en zal het onderzoek conform paragraaf 4 moeten plaats vinden.

Artikel 11

In het algemene deel van deze nota van toelichting is reeds ingegaan op het belang van protocollen. In deze protocollen bepaalt het indicatieorgaan nader hoe het met de hem toegekende bevoegdheden om zal gaan. Daarmee kunnen protocollen gekarakteriseerd worden als beleidsregels. In principe zullen bij het nemen van een indicatiebesluit deze regels derhalve in acht genomen moeten worden. Voor de bekendmaking van dergelijke beleidsregels is afdeling 3.6 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) van toepassing.

In het derde lid is in de eerste plaats bepaald dat ten behoeve van de aanvraag een of meerdere formulieren worden vastgesteld. Het vaststellen van dergelijke formulieren kan bijdragen aan een meer eenduidige, objectieve behandeling van aanvragen om een indicatiebesluit. In de tweede plaats is bepaald dat de protocollen waarborgen dat tijdens het onderzoek een analyse van de zorgbehoefte van de zorgvrager wordt opgesteld. Dit zal moeten worden gedaan op grond van de bevindingen die in het onderzoek zijn opgedaan. Uitdrukkelijk wordt erop gewezen dat een analyse van de zorgbehoefte iets anders is dan een analyse van de vraag welke zorg(aanspraak) in aanmerking komt. Indien in het onderzoek geconstateerd wordt dat de zorgvrager vanwege ziekte tijdelijk niet in staat is om boodschappen te doen, gaat het er bij een analyse van de zorgbehoefte om, dat de boodschappen voor de zorgvrager tijdelijk moeten worden gedaan, en het gaat dan niet om de conclusie dat de zorgvrager in aanmerking komt voor thuiszorg. Die

laatste vertaling naar zorg(aanspraken) dient eerst plaats te vinden, nadat de zorgbehoefte geanalyseerd is. Voorts ligt het voor de hand dat in het kader van een analyse van de zorgbehoefte ook gevraagd wordt naar eventuele wensen van de zorgvrager met betrekking tot de aan hem te verlenen zorg.

In de voortgangsnotitie indicatiestelling wordt, indien de mogelijkheid bestaat om in de zorgbehoefte van de zorgvrager te voorzien door zowel het verlenen van zorg thuis of dicht bij huis als het verlenen van intramurale zorg en tenzij er een wanverhouding bestaat tussen enerzijds de aan extramurale zorg verbonden kosten en anderzijds de aan intramurale zorg verbonden kosten, een voorkeur uitgesproken voor eerstbedoelde zorg. Met het oog daarop is in het derde lid bepaald dat tijdens het onderzoek in ieder geval onderzocht moet worden of aan de zorgbehoefte doelmatig, hetgeen iets anders is dan het meest doelmatig, voldaan kan worden door het verlenen van extramurale zorg.

Artikel 12

In het eerste en tweede lid van dit artikel gaat het om maximale termijnen waarbinnen het indicatieorgaan een indicatiebesluit moet nemen. Met name in situaties waarbij spoedige verlening van zorg redelijkerwijs noodzakelijk is en voor welke situaties ingevolge artikel 10 onderzoek als bedoeld in paragraaf 4 achterwege kan blijven, verdient het indien mogelijk uiteraard de voorkeur dat eerder een indicatiebesluit wordt vastgesteld dan twee weken na het indienen van de aanvraag.

Artikel 13

In artikel 1, eerste lid, onder d, is het indicatiebesluit omschreven als: het besluit van een indicatieorgaan waarbij beoordeeld wordt of en in welke omvang een persoon in aanmerking komt voor een of meer vormen van zorg als bedoeld in artikel 2. Het nemen van een indicatiebesluit vergt in de specifieke situatie een oordeel van het indicatieorgaan inzake de aard en omvang, waaronder de duur, van de te verlenen zorg, alsmede een oordeel terzake van de zorg waarvoor de zorgvrager in aanmerking komt in afwachting van een meer structurele oplossing van zijn zorgproblemen. In de toelichting bij artikel 1, eerste lid, onder d, is hierop uitgebreid ingegaan.

Een indicatieorgaan zou ervoor kunnen kiezen om in zijn indicatiebesluit heel exact te omschrijven wat naar zijn oordeel de omvang van bepaalde zorg zou moeten zijn. Uit de praktijk blijkt, dat de benodigde zorg bij voorbaat veelal niet zo exact is vast te stellen. Regelmatig gebeurt het dat tijdens de zorgverlening – als gevolg van verkregen inzicht en kennis van de zich werkelijk voordoende zorgbehoefte – de eerder geïndiceerde omvang van de zorg moet worden bijgesteld. Bij een indicatiebesluit waarin in exacte termen de omvang van de in aanmerking komende zorg is geformuleerd, kan een dergelijke bijstelling tijdens de zorgverlening met zich meebrengen, dat opnieuw een aanvraag om een indicatiebesluit ingediend moet worden. Dat wordt niet wenselijk gevonden. Om deze reden is in het eerste lid, onder a, bepaald dat het indicatieorgaan in zijn besluit de omvang waarin een zorgvrager in aanmerking komt zoveel mogelijk in termen van bandbreedtes aangeeft, zodat binnen dat besluit aanpassing van de zorgverlening mogelijk is.

Voor een zorgvrager zal het niet alleen van belang zijn te weten voor welke zorg hij in aanmerking komt, maar ook hoe snel hij daarvoor in aanmerking komt. Van het indicatieorgaan wordt terzake een oordeel verwacht. Daarbij gaat het er uiteraard niet om dat een indicatieorgaan aangeeft of zorgverlening al dan niet urgent is. Het zal door te werken met verschillende gradaties van urgentie in ieder geval bij benadering aan moeten geven op welke termijn die zorg verleend zou moeten worden.

Ook met betrekking tot de vorm van zorg welke het meest in aanmerking komt, wordt een oordeel van het indicatieorgaan verwacht. In dat verband zou gelet op de eerder aangegeven voorkeur voor extramurale zorg ten opzichte van intramurale zorg, het indicatieorgaan tot het oordeel kunnen komen, dat hoewel niet het meest doelmatig, extramurale zorg toch het meest aangewezen is om in de zorgbehoefte van de zorgvrager te kunnen voorzien.

In het kader van de zorgtoewijzing, beslist de verzekeraar welke zorg de verzekerde ten laste van de AWBZ krijgt toegewezen en hoe snel. Hij zal daarbij geen zorg mogen toewijzen waarvoor het indicatieorgaan de zorgvrager niet in aanmerking vindt komen. Overigens, indien de zorgvrager een persoonsgebonden budget wenst in plaats van zorg in natura, is een indicatiebesluit voor hem eveneens van belang. Immers, in de thans op het persoonsgebonden budget betrekking hebbende subsidieregeling van de Ziekenfondsraad wordt voor het verkrijgen van een persoonsgebonden budget voor bepaalde zorg, de voorwaarde gesteld dat men in het bezit is van een indicatiebesluit waaruit blijkt dat men op zodanige zorg is aangewezen.

Tijdens het onderzoek kan tot de conclusie gekomen worden dat in de zorgbehoefte van de zorgvrager mede, evenzeer of wellicht zelfs beter voorzien kan worden met andere zorg- of hulpverlening. Te denken valt bijvoorbeeld aan voorzieningen in de sfeer van de Welzijnswet 1994. Op grond van het tweede lid van dit artikel wordt het indicatieorgaan opgedragen een dergelijke conclusie te melden bij zijn besluit. Behoudens indien gemeenten aan indicatieorganen hebben opgedragen te indiceren met betrekking tot voorzieningen in de sfeer van de Welzijnswet 1994 of de Wvg, kan de zorgvrager evenwel geen rechten ontleen aan een dergelijk oordeel van het indicatieorgaan.

Artikel 14

Dit artikel brengt met zich dat het indicatieorgaan indicatiebesluiten, waaruit blijkt dat de zorgvrager in aanmerking komt voor langdurige opname gedurende de dag en de nacht en langdurige intensieve zorg thuis, niet namens hem door instellingen die die zorg verlenen, kan laten nemen. Voor opneming en verder verblijf in een psycho-geriatrische inrichting, vloeit dit overigens al voort uit artikel 60, derde lid, van de Bopz. In dat artikellid is expliciet bepaald dat over de noodzaak tot opneming door een niet aan de verpleeginrichting gebonden commissie wordt geoordeeld.

Artikel 15

In veel situaties is niet geheel voorspelbaar of iemand die op het moment van indienen van de aanvraag om een indicatiebesluit bepaalde zorg behoeft, die zorg ook nog na verloop van tijd behoeft. Het kan zijn dat na verloop van tijd met minder zorg volstaan kan worden, maar het kan ook voorkomen dat na verloop van tijd iemands zorgbehoefte groter wordt en derhalve intensievere zorg of andere zorg nodig is. Zou het indicatieorgaan geen geldigheidsduur aan zijn indicatiebesluit verbinden, dan bestaat bijvoorbeeld de mogelijkheid, dat iemand die na een indicatiebesluit zorg verleend krijgt als bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder b, van de Overgangswet verzorgingshuizen, maar na verloop van tijd intensievere zorg nodig heeft, blijvend de zorg verleend krijgt als bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder b, van de Overgangswet verzorgingshuizen, terwijl aan zijn zorgbehoefte slechts adequaat kan worden voldaan door opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Ter voorkoming van dergelijke situaties is in dit artikel bepaald dat het indicatieorgaan aan zijn besluit een geldigheidsduur verbindt. Is die geldigheidsduur verlopen,

dan moet de zorgvrager een nieuw indicatiebesluit (ook wel herindicatie genoemd) van het indicatieorgaan vragen.

Artikel 16

Artikel 9b, tweede lid, van de AWBZ bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld voor gevallen waarin het advies, oftewel het indicatiebesluit van het indicatieorgaan, niet afgewacht kan worden. Het onderhavige artikel brengt met zich mee dat een verzekeraar in situaties waarin onmiddellijke verlening van zorg redelijkerwijs noodzakelijk is, een indicatiebesluit niet af hoeft te wachten. Ter voorkoming van onnodige indicatiebesluiten lijkt het aangewezen dat verzekeraars met indicatieorganen afspraken maken over de toepassing van dit artikel.

Artikel 17

In dit artikel wordt een aantal eisen die artikel 60 van de Bopz stelt aan opnemingen als bedoeld in dat artikel, nader uitgewerkt. Zo is het eerste lid een uitwerking van de in artikel 60, vijfde lid, van de Bopz opgenomen eis dat betrokkene voorafgaand aan de behandeling van de aanvraag mondeling en schriftelijk op de hoogte wordt gebracht van de mogelijkheid dat hij zich kan verzetten tegen opname en verblijf in een (psycho-geriatrische) verpleeginrichting. Het indicatieorgaan moet de zorgvrager schriftelijk op deze mogelijkheid wijzen, tenzij uit de aanvraag blijkt dat de zorgvrager bereid is om opgenomen te worden in zo'n verpleeghuis.

Artikel 60, vierde lid, van de Bopz bepaalt dat noodzaak tot opname en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting aanwezig is, indien betrokkene zich ten gevolge van de stoornis van de geestvermogens niet buiten die inrichting kan handhaven. In dat verband brengt het tweede lid, onder b, met zich dat het onderzoek, tenzij de aanvrager blijkt heeft gegeven van bereidheid tot opname, gericht moet zijn op de vraag of de aanvrager ten gevolge van de stoornis van de geestvermogens zich niet buiten een psycho-geriatrische inrichting kan handhaven. Heeft de aanvrager overigens bedenkingen tegen de opname, dan is voor die opname een rechterlijke machtiging vereist.

Overigens is het tweede lid een uitwerking van artikel 60, vierde lid, van de Bopz.

Artikel 18

Om zich een beeld te kunnen vormen van de ontwikkelingen in de zorgvraag en van de manier waarop die zorgvraag door de indicatieorganen wordt beantwoord, krijgt de Minister van VWS eens per jaar gegevens met betrekking tot de indicatiepraktijk van de indicatieorganen en ontvangt hij de in protocollen door het indicatieorgaan vastgestelde beleidsregels. Voor indicatieorganen kan registratie van gegevens daarnaast een ondersteuning zijn bij het uitvoeren van de hen opgelegde indicatiestelling. Vooral nog is in dit besluit gekozen voor een informatieplicht van indicatieorganen met betrekking tot een beperkt aantal gegevens. Zoals in de voortgangsnotitie indicatiestelling is vermeld, is voorgenomen in de toekomst – en in samenhang met de verdere ontwikkelingen in de protocollering – een verfijning aan te brengen in de van indicatieorganen te vragen beleidsrelevante informatie. Dat zal dan overigens wel een wijziging van dit besluit met zich meebrengen.

Artikel 20

Artikel 20 bevat het overgangsrecht dat opgenomen was in artikel 17 van het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging en artikel XIV van het Besluit van 15 november 1996 tot wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, het Bijdragebesluit zorg, het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden en enige andere besluiten in verband met regeling van de aanspraak op thuiszorg (Stb. 1996, 595). Met ingang van 1 januari 1997 werd indicatieorganen – anders dan voorheen het geval was, ook opgedragen te indiceren voor personen die jonger dan 65 jaar waren en opgenomen in een verpleeginrichting. Het lag echter niet in de bedoeling om diegenen die toen al opgenomen waren in een verpleeginrichting opnieuw te laten indiceren. Hetzelfde geldt met betrekking tot diegenen die voor 1 januari 1997 al zorg van een kruisorganisatie of een instelling voor gezinsverzorging genoten. Inmiddels zijn er geen personen meer die in het kader van het overgangsrecht van het hierboven bedoelde artikel XIV nog zorg ontvangen die op grond van de tot 1 januari 1997 geldende subsidieregelingen van de Ziekenfondsraad (Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring gezinsverzorging 1996 en de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring intensieve thuiszorg 1996) verleend kon worden. Deze overgangsmaatregel is dan ook niet meer opgenomen in artikel 20.

Voorts lag het niet in de bedoeling om degenen die op 1 januari 1997 al in het bezit waren van een indicatieadvies van een indicatiecommissie, ingesteld op grond van het voor 1 januari 1997 geldende artikel 6j van de Wbo, maar nog niet waren opgenomen, opnieuw een procedure voor indicatiestelling te laten doorlopen.

Artikel 22

Niet in alle gevallen zal per 1 januari 1998 al aan de in dit besluit gestelde eisen voldaan kunnen worden. Met het oog daarop is deze overgangsbepaling opgenomen.

Artikel 23

In artikel 1, tweede lid, van dit besluit, wordt verwezen naar instellingen als bedoeld in artikel 1, vijfde lid, van de Overgangswet verzorgingshuizen. Dat artikel 1, vijfde lid, bestaat op dit moment nog niet, maar maakt onderdeel uit van een wetsvoorstel dat binnenkort aan de Tweede Kamer zal worden aangeboden. Zolang bedoeld wetsvoorstel nog niet tot wet is verheven en in werking is getreden, is een verwijzing in artikel 1, tweede lid, van dit besluit, naar artikel 1, vijfde lid, van de Overgangswet verzorgingshuizen zinloos. Om die reden is in artikel 23 bepaald dat tot een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip artikel 1, tweede lid, van dit besluit, anders luidt en wel in die zin, dat onder instellingen mede wordt verstaan: verzorgingshuizen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b, en instellingen als bedoeld in artikel 4, tweede lid, van de Overgangswet verzorgingshuizen. Zodra bekend is wanneer eerder bedoeld wetsvoorstel in werking zal treden, zal een koninklijk besluit als bedoeld in dit artikel getroffen worden.

Artikel 24

In het Besluit regeling vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering werd nog verwezen naar een bejaardenoord in de zin van de Wet op de bejaardenoorden. Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om deze omissie te herstellen.

Artikel 25

Een koninklijk besluit zal worden getroffen om dit besluit met ingang van 1 januari 1998 in werking te laten treden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. G. Terpstra