

---

Vergaderjaar 2004–2005

---

**26 631**

**Modernisering AWBZ**

**Nr. 108**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 oktober 2004

Conform de procedureregeling «grote projecten», wordt tweemaal per jaar gerapporteerd over de voortgang van het project modernisering AWBZ. De zevende voortgangsrapportage over de periode 1 januari 2004 tot en met 30 juni 2004 treft u hierbij aan.

De volgende voortgangsrapportage ontvangt u conform planning in februari 2005.

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

# **ZEVENDE VOORTGANGSRAPPORTAGE GROOT PROJECT MODERNISERING AWBZ**

## **1. Inleiding**

Deze rapportage behandelt de voortgang van het Groot Project modernisering AWBZ in de eerste helft van 2004. De implementatie is in volle gang. Op weg naar volledige invoering van de functiegerichte bekostiging is voor de extramurale zorgverlening de stap van sectorale producten naar AWBZ-brede producten 1 januari gezet met de inwerkingtreding van de beleidsregel extramurale zorgproducten. Voor de intramurale zorgverlening wordt gewerkt aan een zorgvuldig overgangstraject. De functiegerichte bekostiging zie ik als een instrument om te komen tot een doelmatige zorginkoop. De vervolgstappen in het invoeringsproces dienen een bijdrage te leveren aan het evenwicht tussen flexibiliteit, doelmatigheid en een beheerste uitgavenontwikkeling. Het zorgkantoor heeft bij de uitvoering van de functiegerichte bekostiging vooralsnog een belangrijke positie. Veel aandacht is de laatste maanden uitgegaan, samen met Zorgverzekeraars Nederland, naar een verdere versterking van deze positie en naar een vergroting van de kwaliteit van het zorgkantoor ten behoeve van de zorginkoop. In mijn brief van 29 april 2004 (TK 2003–2004, 26 631, nr. 91) heb ik de genoemde maatregelen uitgebreid toegelicht. Belangrijk hierbij is dat in dit halfjaar de opheffing per 1 september van de contracteerplicht voor de levering van extramurale zorg is voorbereid. Bij de implementatie wordt veel aandacht besteed aan invoeringsproblemen bij zorgkantoren en aanbieders. Op verschillende manieren wordt ondersteuning geboden en informatie verschaft. Tevens ben ik in overleg met cliëntenorganisaties om de systeemtaal die gebruikt wordt in het verkeer tussen zorgkantoor, aanbieders en overheid waar nodig in gewone mensentaal om te zetten.

In de maanden april en mei is voor de vierde keer in 24 regio's een communicatiecampagne gehouden. De campagne was er deze keer specifiek op gericht het veld voor te bereiden op de stappen die in het kader van de invoering van de functiegerichte bekostiging in 2005 worden gezet. De bijeenkomsten zijn zeer druk bezocht en hebben een schat aan informatie opgeleverd waar rekening mee wordt gehouden bij de verdere vormgeving van het traject.

Rond de indicatiestelling is een aantal maatregelen in voorbereiding om de kwaliteit van de indicatiestelling te vergroten. Daarnaast zal door protocollering en standaardisering de eenduidigheid vergroot worden. In overleg met de zorgaanbieders wordt gewerkt aan een verdergaande mandatering van de indicatiestelling.

De Tweede Kamer heeft het afgelopen halfjaar tussentijds een aantal documenten met betrekking tot de modernisering AWBZ ontvangen. De belangrijkste zijn:

- 9 februari, pgb in het buitenland en omzetting pgb nieuwe stijl (TK 2003–2004, 26 631, nr. 71)
- 13 februari, plan van aanpak indicatiestelling (TK 2003–2004, 26 631, nr. 72)
- 10 maart, standpunt gebruikelijke zorg (TK 2003–2004, 26 631, nr. 73)
- 11 maart, zesde voortgangsrapportage Groot Project (TK 2003–2004, 26 631, nr. 74)
- 29 april, positie van de zorgkantoren (TK 2003–2004, 26 631, nr. 91)
- 10 juni, centralisering indicatiestelling (TK 2003–2004, 26 631, nr. 95)

Tot slot heeft in het afgelopen half jaar op 17 maart een Algemeen Overleg over de indicatiestelling en op 24 juni een Algemeen Overleg over de modernisering AWBZ plaatsgevonden.

Bij deze rapportage zijn 2 bijlagen gevoegd:<sup>1</sup>

- tweede kernmonitor pgb nieuwe stijl (CVZ, AWBZ/24063489)
- uitvoeringstoets CVZ afschaffen contracteerplicht (volgnummer 2402943)

## 2. Indicatiestelling

Doelstelling: een onafhankelijke, objectieve (uniform, geprotocolleerd, professioneel) en integrale (voor de gehele AWBZ en advisering over de Wvg-voorzieningen) indicatiestelling.

In vergelijking met de vorige voortgangsrapportage is het gelukt om de achterstanden bij de RIO's enigszins in te lopen. Aan de andere kant worden RIO's nog steeds geconfronteerd met hoge werkvoorraden als gevolg van o.a. een eenmalige verhoogde instroom van herindicaties van cliënten waar zorglevering plaatsvindt zonder rechtsgeldige indicatie. Ook de feitelijke overname van de indicatiestelling gehandicaptenzorg van de regionale LCIG-teams heeft geleid tot een stijging van de werkvoorraden bij de RIO's.

De door de Taskforce Indicatiestelling nader in kaart gebrachte werkvoorraden geven het volgende beeld. Halverwege juni 2004 geldt dat 12 RIO's weer op het oude niveau zitten met een afhandelingstermijn van gemiddeld twee weken. Van de overige 61 RIO's geldt voor 55 RIO's dat zij met hun productieniveau een afhandelingstermijn van gemiddeld zes weken halen. Een deel van deze RIO's moet voor het halen van dit productieniveau wel een beroep doen op hulp van buiten de regio. Resteren nog 6 RIO's waar directe ondersteuning vanuit de Taskforce nodig is om de werkvoorraden tot aanvaardbaar niveau terug te brengen. Zie tabel 1.

**Tabel 1: Ontwikkeling achterstanden**

	1 nov 2000	1 dec 2001	1 dec 2002	19 dec 2003	24 juni 2004
achterstand bij 6 weken	2 487	25	113	3 510	1 257
aantal RIO's	10	1	3	8	6
achterstand bij 2 weken	16 923	7 848	6 007	22 477	18 184
aantal RIO's	52	42	30	58	61

De eerste helft van 2004 stond verder vooral in het teken van de centralisering van de indicatiestelling en de start van het nieuwe Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Bij brief van 10 juni 2004 bent u nader geïnformeerd over de voortgang van de centralisatie en de opbouw van het CIZ.

### *Productiegegevens*

De productie van de RIO's uitgedrukt in aantallen afgegeven nieuwe indicaties V&V vertoont al jaren een stijgende lijn. Ook in de eerste helft van 2004 is de productie nog weer enigszins gestegen.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

**Tabel 2: Ontwikkeling productie**

jaartal	TOTAAL AANTAL AFGEGEVEN NIEUWE INDICATIES V&V	jaarlijkse groei
1999	430 000	
2000	485 000	+ 12,8%
2001	548 000	+ 13,0%
2002	600 000	+ 9,5%
2003	688 000	+ 14,6%
Juni 2004	ca. 385 000* (eerste helft 2004)	+ 12 %

\* De opschaling van de RIO's en de ontwikkelingen in indicatiestelling voor de GGZ en in sommige regio's voor de gehandicaptenzorg bemoeilijken een vergelijking met andere peilingen.

In de brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 17 september 2004 (DVVO/SF-U-2514349) in reactie op het onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ bent u nader geïnformeerd over de oorzaak van het in zorg zijn van cliënten zonder rechtsgeldige indicatie. Op basis hiervan is in overleg met het CVZ en het CIZ een plan van aanpak opgesteld bedoeld om eind 2004 het merendeel van de indicatiestelling voor deze cliënten op orde te hebben.

#### *Integrale indicatiestelling*

Het CIZ heeft, als rechtsopvolger van het LCIG, in mei 2004 ook de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling gehandicaptenzorg overgenomen. Afhankelijk van de regionale situatie vindt integratie van de indicatiestelling in 2004 plaats op basis van praktische afspraken. Dat kan door het nog enige tijd continueren van de mandaatovereenkomst – nu met het CIZ – of het op een RIO-locatie uitvoeren van de indicatiestelling. Per januari 2005 zal de indicatiestelling gehandicaptenzorg zijn opgenomen in de regionale uitvoeringsstructuur van het CIZ.

Voor wat betreft de indicatiestelling GGZ is voor het jaar 2004 overeengekomen om het afgeven van indicatiebesluiten te beperken tot aanvragen van diegenen die op grond van een psychiatrische aandoening langer dan een jaar gebruik hebben gemaakt van de functie «verblijf». Tevens dienen indicatiebesluiten te worden afgegeven voor degene die een beroep willen doen op de PGB-regeling en voor degene die gebruik willen maken van voorzieningen die per 1 april 2004 nieuw zijn toegelaten. De afhandeling van de overige aanvragen op basis van een psychiatrische aandoening kan worden beperkt tot het registreren van de aanvraag door het CIZ.

#### *Vereenvoudiging en uniformering*

Gegeven de uitkomsten van de modeltrajecten waarin is onderzocht wat de mogelijkheden zijn om bepaalde zorgvragen te standaardiseren in termen van geïndiceerde zorg is het CIZ opgedragen de vele verschillende initiatieven op dit vlak verder te uniformeren en te standaardiseren. Standaardisatie maakt het ook mogelijk om bepaalde typen indicatieaanvragen eenvoudig te mandateren naar de zorgaanbieders.

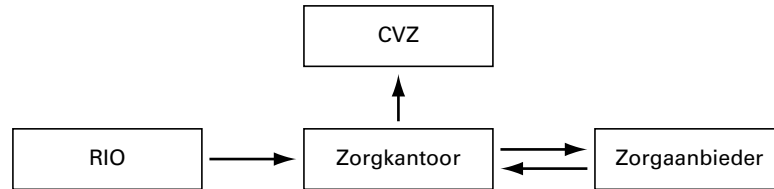
#### *Bedrijfsvoering*

De behoefte aan inzicht in de prestaties van indicatieorganen in relatie tot de kosten en de inzet van menskracht en middelen blijft groot. Gegeven de mogelijkheden van het AWBZ-brede registratiesysteem en de verbeterde software voor de indicatieorganen om concrete informatie te leveren over de prestaties van indicatieorganen is met betrokken partijen overlegd over het snel uitvoeren van een benchmark. Eind vorig jaar is de eerste fase ingegaan wat heeft geresulteerd in het rapport «Tien RIO's in kengetallen». In overleg met het CIZ worden afspraken gemaakt over de volgende fasen in dit traject.

### 3. AZR

Doelstelling: het realiseren van een uniforme systematiek voor het uitwisselen van informatie tussen de indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders (de ketenpartners, zie figuur 1). Deze systematiek ondersteunt het proces van zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer en zorginkoop door het zorgkantoor. Het zorgkantoor wordt het regionale informatieknooppunt en levert wachtlijstinformatie aan het landelijke verzamelpunt (het College voor Zorgverzekeringen).

**Figuur 1: het berichtenverkeer van de Zorgregistratie tussen de ketenpartners<sup>1</sup>**



De invoering van de Zorgregistratie verloopt in fasen. Thans bevindt het project zich in de derde fase, tevens eindfase.

De landelijke sturing van het project is in handen van VWS. Een belangrijke taak is het ontwikkelen van een stelsel van uniforme afspraken en het zorgen dat dit wordt onderhouden. Het gaat daarbij om landelijke definities, gestandaardiseerde werkwijzen, uitwisselingsformaten, beveiligingsvoorschriften en dergelijke. De invoering daarvan vindt plaats conform een landelijke planning. Binnen deze landelijke kaders is ruimte voor regionale plannen van aanpak, waarbij het zorgkantoor de regie heeft. Tot de landelijke taken hoort eveneens het informeren van alle partijen en het verkrijgen van draagvlak voor de landelijke systematiek.

Tijdens het AO van 24 juni jl. over de modernisering van de AWBZ, zijn vragen gesteld over de Zorgregistratie. De antwoorden hierop worden verwoord in een aparte brief die in oktober aan de Tweede Kamer wordt gezonden. Deze brief gaat vergezeld van een voortgangsrapportage van de Zorgregistratie fase 3 over de periode juli t/m oktober. Het materiaal voor deze rapportage wordt op dit moment verzameld. Een analyse van de eerste bevindingen geeft aan dat er in deze periode indrukwekkende vorderingen gemaakt zijn bij de implementatie van de Zorgregistratie.

#### *Voortgang fase 3*

##### Ontwikkelen en implementeren

In fase 3 worden twee trajecten doorlopen: een ontwikkeltraject en een implementatietraject. Het eerste traject moet de benodigde software opleveren voor het registreren en uitwisselen van de gegevens. Dit is vooral een zaak van de (circa 45) softwareleveranciers. Bij het ontwikkelen houden de leveranciers rekening met de eisen en de standaarden die door het project landelijk zijn bepaald. Nadat de software grondig is getest, gaat de software «in productie» bij de ketenpartners.

Goed werkende software is één, maar het systeem moet ook het bedrijfsproces van de organisatie op passende wijze ondersteunen. Het implementatietraject is gericht op de organisatorische kant van de zaak. Denk daarbij aan het opnieuw inrichten van het bedrijfsproces, het doorvoeren van reorganisaties, het werven of omscholen van personeel en dergelijke. Bij de ketenpartners hebben zich, als gevolg van de modernisering van de

<sup>1</sup> Zie «Zorgregistratie AWBZ, digitaal berichtenverkeer in de keten» op [www.opkopzorg.nl](http://www.opkopzorg.nl) (maart 2004).

AWBZ (functiegerichte indicatiestelling, andere opzet van de zorgtoewijzing, de overgang naar de functiegerichte bekostiging) ingrijpende veranderingen voorgedaan in de bedrijfsvoering. Ook de introductie van de Zorgregistratie brengt nogal wat veranderingen met zich mee voor zorgaanbieders.

Een belangrijk richtpunt in de landelijke planning is 1 oktober 2004. Dan moet de Zorgregistratie fase 3 in alle zorgkantorregio's draaien. Voor het zover is, moeten de volgende stadia worden doorlopen:

- ontwikkeltraject
- het ontwikkelen van de software
- implementatietraject
- het testen van software, uitvoeren van pilots en schaduwdraaien
- het in productie nemen van de software
- het in productie uitwisselen van berichten met de ketenpartners
- het overzetten van gegevens uit «oude» systemen naar de Zorgregistratie (initiële vulling) Elk van deze stadia komt in deze voortgangsrapportage aan de orde.

#### *Voortgang ontwikkeltraject*

##### De softwareleveranciers

Een belangrijk richtpunt in de landelijke planning is 1 oktober 2004. Twee mijlpalen staan daarin vermeld: de Zorgregistratie gaat bij de diverse zorgkantorregio's in productie en de systemen zijn gevuld met de wachtenden (initiële vulling). De voortgang bij de softwareleveranciers, de indicatieorganen, de zorgkantoren en de zorgaanbieders is transparant gemaakt. Op de site [www.opkopzorg.nl](http://www.opkopzorg.nl) is te zien welke vorderingen elke organisatie maakt. Gebleken is dat deze resultaatgerichte en open manier van presenteren de voortgang bevordert.

Landelijk zijn er ongeveer 45 softwareleveranciers actief. Zij hebben ingestemd met het openbaar maken van de eigen planningen en de voortgang van de realisatie. De verschillende leveranciers maken software voor:

- De indicatieorganen. Deze software is nodig voor de indicatiestelling en het exporteren van indicatiebesluiten (bericht IB) naar het zorgkantoor.
- De zorgkantoren. Deze software ondersteunt het zorgkantoor bij de zorgtoewijzing en de export van het indicatiebesluit (bericht ZT) naar de zorgaanbieder. Tevens gebruikt het zorgkantoor de software voor het wachtlijstbeheer.
- De zorgaanbieders. Deze software maakt het mogelijk dat de zorgaanbieder het indicatiebesluit kan ontvangen. Tevens stuurt de zorgaanbieder informatie over de levering van zorg (bericht MAZ, bericht MUT) aan het zorgkantoor.

**Tabel 3: planning van de leveranciers**

	Doelgroep	Aantal leveranciers januari 2004	Aantal fase 3 systemen opgeleverd juni 2004	Percentage opgeleverd
RIO's	3	0	3	100%
Zorgkantoren	9 <sup>1</sup>	0	4	36%
Zorgaanbieders	33	0	17	51%

<sup>1</sup> De 32 zorgkantoren zijn ondergebracht bij 13 concessiehouders. Sommige van deze concessiehouders ontwikkelen gezamenlijk een systeem. Zo worden in totaal 9 systemen ontwikkeld voor de zorgkantoren.

Uit tabel 3 is af te leiden dat de software voor de indicatieorganen gereed is, maar dat dat voor de zorgkantoren en de aanbieders nog niet het geval

is. Volgens de landelijke planning, die rekening houdt met de plannings van de softwareleveranciers en de zorgkantoren, moet op 1 oktober het berichtenverkeer starten. Het project heeft regelmatig contact met de softwareleveranciers over de planning. Zij geven aan de landelijke planning te halen. Na het opleveren van de software start het implementatietraject.

#### *Voortgang implementatietraject*

##### Regionale indicatieorganen

Alle 81<sup>1</sup> regionale indicatieorganen beschikken over de juiste software en gebruiken deze voor het stellen van de indicaties. Het berichtenverkeer tussen het indicatieorgaan en het zorgkantoor voor het sturen van indicatiebesluiten, is nog niet overal op gang gekomen. In een aantal gevallen is het zorgkantoor nog niet klaar om de berichten te ontvangen. Het project ondersteunt de indicatieorganen waar mogelijk bij het implementeren van het berichtenverkeer. Aandachtspunt is onder andere het bevorderen van het toepassen van het «veegbesluit», hetgeen betekent dat het laatst afgegeven indicatiebesluit alle eerder afgegeven indicaties bevat.

**Tabel 4: software bij de RIO's**

Aantal RIO's	Aantal RIO's dat AZR heeft getest en pilots uitvoert	Aantal RIO's in productie met AZR	Aantal RIO's in productie + berichtenverkeer met het zorgkantoor	
81	juni 2004 68	27	januari 2004 0	juni 2004 14

Het algemene beeld is dat ruim 80% alle indicatieorganen de testfase heeft doorlopen. Ongeveer eenderde van de indicatieorganen is reeds in productie en heeft de Zorgregistratie geïntegreerd in hun bedrijfsproces. Een kleine 20% van de indicatieorganen stuurt de indicaties elektronisch naar het zorgkantoor. Het project werkt met betrokkenen aan het wegnemen van de laatste belemmeringen.

##### *Zorgkantoren*

Bij het ontwikkelen van systemen voor de Zorgregistratie werken de zorgkantoren samen. Er zijn 9 samenwerkingsverbanden; dit betekent dat er 9 systemen zullen zijn. Elk zorgkantoor neemt zelf de implementatie van het systeem ter hand. De ontwikkeling is, enkele uitzonderingen daargelaten, zo goed als voltooid. Alle energie is nu gericht op de ingebruikname van de Zorgregistratie bij alle zorgkantoren. Zij zijn druk bezig met schaduwdraaien, het opleiden en inwerken van de medewerkers en het oplossen van de kinderziektes, die zich onvermijdelijk voordoen bij een ingrijpende verandering als de Zorgregistratie.

<sup>1</sup> De voortgang wordt gemeten bij vestigingen van de RIO's. Het betreft in totaal 81 vestigingen. Volgens het CIZ zijn er thans 74 RIO's.

**Tabel 5: software bij de zorgkantoren**

Aantal Zorgkantoren	Aantal zorgkantoren dat AZR heeft getest samen met RIO/zorgaanbieder		Aantal zorgkantoren in productie met AZR	Aantal zorgkantoren in productie + berichtenverkeer met de RIO's		Aantal zorgkantoren in productie + berichtenverkeer met de zorgaanbieders	
	RIO's	Zorgaanbieders		januari 2004	juni 2004	januari 2004	juni 2004
32	27	7	4	0	4	0	1

Van de 32 zorgkantoren zijn er vier die de Zorgregistratie in gebruik hebben genomen. De zorgkantoren die nog niet zover zijn, voeren momenteel tests of pilots uit met de indicatieorganen. De tests met de aanbieders echter moeten in de meeste regio's nog op gang komen. Vrijwel alle zorgkantoren bieden zorgaanbieders de mogelijkheid gebruik te maken van een webapplicatie voor de periode dat nog geen berichtenverkeer plaatsvindt. Dit is een tijdelijke voorziening en is vooral bedoeld voor de kleinere zorgaanbieders, waar zich weinig mutaties voordoen in de cliëntpopulatie.

Het project heeft intensief overleg met de zorgkantoren over de voortgang en toetst voortdurend de regionale plannings aan de landelijke. Een belangrijk aspect bij het in gebruik nemen van de Zorgregistratie is de zogeheten initiële vulling. Dit houdt in dat de gegevens van de wachtende cliënten vanuit de «oude» systemen overgezet moeten worden naar de Zorgregistratie. De zorgkantoren zijn hiervoor verantwoordelijk. Er is een landelijke aanpak ontworpen voor deze vulling waar zorgkantoren gebruik van kunnen maken. Op 1 oktober moet de initiële vulling gerealiseerd zijn.

#### *Zorgaanbieders*

Zoals boven reeds aangegeven, is ongeveer 20% van de software gebruiksklaar en beschikbaar gesteld aan de zorgaanbieders. Waar het nu op aan komt, is de implementatie bij de zorgaanbieders en de integratie van de Zorgregistratie met de eigen bedrijfsvoering. Eind juni heeft Arcares samen met het project een studiemiddag georganiseerd over dit onderwerp. Gebleken is dat integratie goed mogelijk is. Voor het zover is, moet er bij de zorgaanbieders organisatorisch nog veel gebeuren. Tijdens bijeenkomsten met zorgaanbieders is gebleken dat zij op 1 oktober niet allemaal mee zullen doen met het berichtenverkeer. Ongeveer de helft van de zorgaanbieders geeft te kennen gebruik te maken van de tijdelijke webapplicaties. Daarmee is voor hen een overbruggingsmogelijkheid geschapen om toch per 1 oktober de benodigde gegevens aan te leveren.

Op dit moment hebben slechts enkele zorgaanbieders de Zorgregistratie in gebruik genomen; een deel daarvan wisselt berichten uit met het zorgkantoor uit op de wijze die de Zorgregistratie voorschrijft. In de volgende voortgangsrapportage worden exacte cijfers opgenomen van de voortgang bij de zorgaanbieders.

Het project heeft de voorlichting aan de zorgaanbieders geïntensiveerd. Regelmatig vinden er bijeenkomsten plaats, waarin zorgaanbieders informatie kunnen krijgen en ervaringen kunnen uitwisselen. Zorgkantoren nemen een groot deel van deze bijeenkomsten voor hun rekening.

#### **4. Uitvoering pgb**

Doelstelling: de uitvoering en de uitvoeringsstructuur eenvoudiger en klantvriendelijker maken.

Het CVZ volgt de uitvoering van de oude en nieuwe pgb-regelingen aan de hand van een aantal instrumenten: maandelijkse gegevens van de zorgkantoren, maandelijkse rapportages van de SVB, signalen die bij de helpdesk binnenkomen, signalen die bij de pgb-medewerkers van zorgkantoren binnenkomen en maandelijks overleg tussen SVB, ZN en CVZ. Deze instrumenten en de werkbezoeken van het CVZ aan de zorgkantoren vormen de basis voor de tweede Kernmonitor pgb-nieuwe-stijl. Het CVZ heeft deze Kernmonitor op 26 augustus 2004 uitgebracht (CVZ, AWBZ/ 24 063 489); hij is als bijlage opgenomen bij deze voortgangsrapportage.

#### *Algemene conclusie Kernmonitor CVZ augustus 2004:*

Het CVZ concludeert dat de uitvoering in de eerste helft van 2004 onder een zekere druk heeft gestaan, mede door een ingewikkelder uitvoeringspraktijk dan voorzien, en de stijging van het aantal pgb's. De problematiek voor de budgethouders is echter relatief beperkt gebleven. Tijdens bezoeken aan alle zorgkantoren heeft het CVZ uitvoerig aandacht besteed aan de mogelijkheid dat het pgb oneigenlijk wordt aangevraagd c.q. gebruikt. De conclusie luidt dat een 100% waterdichte regeling op dit punt niet mogelijk is, zodat incidenten inderdaad kunnen voorkomen.

#### *Aantal budgethouders*

Per 1 juli 2004 waren er in totaal rond de 65 000 budgethouders. Ruim 41 000 daarvan waren budgethouders met een pgb-nieuwe-stijl. De groei in aantallen budgethouders bedroeg in de eerste helft van 2004 circa 750 per maand.

#### *Toekenningen pgb*

Aan budgethouders met een pgb-oude-stijl was per 1 juni 2004 € 309 miljoen toegekend. Dit bedrag zal niet meer stijgen omdat er geen pgb's-oude-stijl meer worden afgegeven. De verwachting is dat in 2004 € 580 miljoen wordt toegekend voor het pgb-nieuwe-stijl. In totaal dus € 889 miljoen.

#### *SVB Servicecentrum pgb*

In het pgb-nieuwe-stijl verzorgt de SVB op verzoek van de budgethouder de salarisadministratie. Dit geldt overigens alleen voor budgethouders waarbij sprake is van volledig werkgeverschap en voor budgethouders die hebben gekozen voor «opting in». Per 1 juli 2004 verzorgde de SVB voor 7 011 budgethouders de salarisadministratie. Voor 6 663 budgethouders werd zowel de salarisadministratie als het betalingsverkeer verzorgd. In totaal heeft de salarisadministratie betrekking op 10 776 hulpverleners.

#### *Evaluatie pgb-nieuwe-stijl*

Op 1 juli 2004 is het bureau HHM begonnen met een evaluatie van het pgb-nieuwe-stijl. Daarbij wordt onder andere aandacht besteed aan de functies waaraan het pgb wordt besteed, de instellingen en personen (formeel en informeel hulpverleners) bij wie zorg wordt ingekocht en, op verzoek van de Tweede Kamer, de gevolgen van overstappen van een pgb-oude-stijl naar een pgb-nieuwe-stijl in termen van de hoogte van het budget. Naar verwachting zal het onderzoek in november 2004 zijn afgerond.

## 5. Functiegerichte bekostiging

Doelstelling: de ontwikkeling en implementatie van een prestatie-bekostigingssysteem voor de zorg in natura in de AWBZ. Uitgangspunt is een AWBZ brede systematiek op basis van functies.

Op 1 januari 2004 is voor de extramurale zorg de stap gezet van een sectorale productbenadering naar een AWBZ-brede productbenadering. Daarbij zijn alle bestaande extramurale producten uit alle sectoren<sup>1</sup> gegroepeerd onder de functies en daarbinnen zoveel mogelijk zowel inhoudelijk als financieel geharmoniseerd. In de afgelopen maanden zijn voorbereidingen getroffen om vanuit deze AWBZ-brede productbenadering voor de extramurale zorg met ingang van 2005 de overstap te maken naar een AWBZ-brede, modulair opgebouwde functiegerichte bekostiging.

Om de stap naar de AWBZ-brede functietarieven te kunnen maken is het nodig inzicht te hebben in de AWBZ-brede kostprijzen per functie. KPMG heeft hier onderzoek naar gedaan. Het onderzoeksrapport is op 15 juli jl. door de interdepartementale begeleidingscommissie bestaande uit VWS, Financiën, Economische Zaken en CTG vastgesteld. Een uitgebreide brief aan de leden van de Tweede Kamer over de invoering van de functiegerichte bekostiging volgt in oktober. Hierin wordt tevens ingegaan op de betekenis van het KPMG onderzoek.

Wat betreft de functiegerichte bekostiging voor de intramurale zorg is vanaf eind 2003 in goede samenwerking met de partijen gewerkt om de intramurale zorg AWBZ-breed te beschrijven in een beperkt aantal intramurale zorgarrangementen (IZA). De IZA's moeten van dien aard zijn dat ze AWBZ-breed hanteerbaar zijn en daarbij voldoende discrimineren naar speciale categorieën in zorgzwaarte zoals die in meerdere sectoren kunnen voorkomen (bijvoorbeeld de groepsgrootte bij gedragsproblematiek of speciale deskundigheden bij instabiliteit van de aandoening). Het onderzoek naar de IZA's is nog niet afgerond maar bevindt zich wel in de eindfase. Er zijn voorlopig 19 AWBZ-brede IZA's opgesteld die dit najaar bij een dertigtal instellingen zullen worden uitgetoet. Op basis hiervan zullen de IZA's worden aangescherpt en definitief vastgesteld. Daarnaast zijn voorbereidende werkzaamheden verricht op het terrein van de randvoorwaarden. Naast herinrichting van de bekostigingssystematiek gaat het daarbij om een herijking van de positie van het zorgkantoor (opheffen contracteerplicht) en een versterking van het onderhandelingsbelang van het zorgkantoor (prikkel zorgkantoor). Meer daarover in paragraaf 6.

## 6. Versterking van het verzekeringskarakter

Doelstelling:

Versterken van het verzekeringskarakter van de AWBZ houdt tenminste drie zaken in, te weten:

- \* ervoor zorgdragen dat de geïndiceerde zorg tijdig wordt geleverd;
- \* voldoen aan zorgplicht door vraag en aanbod goed op elkaar af te stemmen;
- \* zorg inkopen die voldoet aan de wensen van de klant.

In reactie op de motie Vietsch c.s. is op 29 april 2004 een brief gestuurd (TK 2003 – 2004, 26 631, nr. 91) over de positie van de zorgkantoren in de AWBZ. Hierin staat dat zorgkantoren op de langere termijn zullen verdwijnen. In 2006 zal het kabinet hierover een besluit nemen, rekening houdend met de ontwikkelingen rond de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Tot die tijd blijft de inkoopfunctie in de AWBZ bij het zorgkantoor. Ik stel daarbij de eis dat zorgkantoren de zorginkoop objectief en op transparante wijze vormgeven. Zorgkantoren zullen hiervoor, mede gelet op de beschikbare finan-

<sup>1</sup> Bij deze operatie is rekening gehouden met de zogenaamde «knip in de GGZ» (TK 2002–2003, 23 619, nr. 19).

ciële kaders, duidelijke instructies meekrijgen. Daarnaast zullen ze via benchmarks en prestatiebeoordeling in het toezicht prikkels ondervinden om de zorginkoop daadwerkelijk goed vorm te geven. Ik maak hierover dit najaar nadere afspraken met Zorgverzekeraars Nederland en het College voor Zorgverzekeringen.

In het geheel van maatregelen wordt steeds belangrijker dat er vergelijkingsinformatie beschikbaar komt over de prestaties van zorgkantoren. In de vorige voortgangsrapportage en in de genoemde brief van 29 april 2004 ben ik hierop al ingegaan. Het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) werkt momenteel aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren die vanaf verslagjaar 2004 gebruikt kunnen worden. Overigens zal het CTZ dit najaar rapporteren over de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren in 2003. Waar dat mogelijk is, zal het CTZ gebruik maken van vergelijkingsinformatie. Ik zal deze rapportage van het CTZ aan de Tweede Kamer toezenden.

Hierbij is nog het volgende relevant. De zorgkantoren zijn door verschillende factoren buiten hun beïnvloedingssfeer nog niet in staat te voldoen aan alle gestelde vereisten. Om die reden sta ik toe dat zorgkantoren in het verlengde van afspraken ten aanzien van verslagjaar 2003 over verslagjaar 2004 een financieel verslag opleveren waarin het bestuur expliciet verantwoording aflegt over de rechtmatigheid voorzien van een verklaring omtrent getrouwheid van een externe accountant. Vanaf verslagjaar 2005 verlang ik wel een rechtmatigheidsverklaring. Daartoe zal ik met CVZ en CTZ en na consultatie van Zorgverzekeraars Nederland en de zorgkantoren oplossingen aanreiken voor de nog resterende knelpunten, zodat zorgkantoren met ingang van verantwoordingsjaar 2005 in staat zijn om bij hun financiële verantwoording een goedkeurende rechtmatigheidsverklaring te verkrijgen.

## **7. Toelating zorgaanbod**

Doelstelling: meer keuzemogelijkheden voor de klant.

Een aanvraag van een instelling wordt door het CVZ getoetst op de volgende criteria:

- Is de aanvrager een instelling?
- Kan de functie worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling?
- Kan de aanvrager de functie(s) leveren?
- Kan de aanvrager de administratieve verplichtingen nakomen?
- Bij de functie verblijf: voldoet de instelling aan de regels van behoefte en spreiding?

Daarnaast vraagt het CVZ advies aan het betreffende zorgkantoor.

Sinds de invoering van de functiegerichte toelatingen op 1 april 2003 zijn 300 verzoeken van nieuwe aanbieders bij het CVZ binnengekomen. Tot nu toe is ongeveer de helft daarvan toegelaten. De voorlopige conclusie is dat zich écht nieuw aanbod aandient.

Het aantal thuiszorgaanbieders dat zich meldt bij het CVZ is de grootste groep (55). Instellingen voor maatschappelijke opvang en dienstverlening vormen eveneens een grote groep (33). Opvallende nieuwkomers zijn zorgboerderijen (6), vrouwenhulpverlening (11) en opvang voor dak- en thuislozen (14).

## **8. Regelgeving**

Op 30 augustus jl. is het Besluit opheffing contracteerplicht extramurale zorg AWBZ in het Staatsblad gepubliceerd (Stb. 419). Het gaat om de functies huishoudelijke en persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende en activerende begeleiding en behandeling voor zover niet gekoppeld aan verblijf, en om de extramurale zorg in het kader van de kortdurende uitleen van verpleegartikelen, dieetadvisering en voedingsvoorlichting en prenatale zorg.

Het opheffen van de contracteerplicht is nodig om ervoor te zorgen dat het zorgkantoor een instrument in handen krijgt om daadwerkelijk in te kopen op basis van de vraag van de cliënten. Het zorgkantoor hoeft dan niet meer tegen elk aanbod «ja» te zeggen. De maatregel is ook van belang om de groei van de AWBZ te beheersen. Als de zorgkantoren niet meer alle nieuwe aanbieders hoeven te contracteren, kan de groei van de AWBZ beter worden beheerst.

Het plan van aanpak functiegerichte bekostiging van 29 augustus 2003 (TK 2002–2003, 26 631, nr. 55) bevatte het voornemen de contracteerplicht voor de extramurale zorgverlening met ingang van 1 januari 2005 op te heffen. In februari heeft de Staatssecretaris aan het CVZ een uitvoeringstoets over dit voornemen gevraagd. Daarbij is het CVZ gevraagd vooral in te gaan op drie punten waar mogelijke risico's liggen: het zorgen voor voldoende keuzemogelijkheden voor de cliënt, het zorgen voor continuïteit van de zorgverlening en het zorgen dat aanbieders reële kansen hebben om een contract te verwerven. Het CVZ heeft op 22 april 2004 een uitvoeringstoets uitgebracht (CVZ, volgnummer 24 029 431); hij is als bijlage 2 opgenomen bij deze voortgangsrapportage.

Het CVZ geeft aan dat de risico's op de drie terreinen voldoende zijn of kunnen worden afgehecht door daarover gerichte bepalingen op te nemen in het convenant zorgkantoren dat elk jaar tussen VWS, ZN en CVZ wordt gesloten. Niettemin raadt het CVZ opheffing van de contracteerplicht af. Naar haar mening kan als gevolg van het opheffen van de contracteerplicht de mandaatconstructie voor zorgkantoren onder druk komen te staan (verzekeraars trekken hun mandaat in). Het CVZ gaat niet in op de vraag hoe reëel deze dreiging is. ZN heeft aangegeven dat er geen aanleiding is te vermoeden dat verzekeraars op korte termijn uit de mandaatconstructie voor zorgkantoren zouden willen stappen. Het CVZ heeft vervolgens aangegeven dat het noodzakelijk is deze afspraak over de voortzetting van de zorgkantoren te verankeren in het convenant zorgkantoren 2005. Het ministerie van VWS zal daartoe samen met ZN en het CVZ de nodige stappen ondernemen.

In haar uitvoeringstoets wijst het CVZ er op dat met het opheffen van de contracteerplicht de mededingingsaspecten scherp in de gaten moeten worden gehouden. Het CTG, in haar rol van zorgautoriteit in oprichting, zal in het werkprogramma 2005 ruimte inlassen om de effecten van het opheffen van de contracteerplicht op de marktpositionering van aanbieders te monitoren. Het CVZ volgt de ontwikkelingen op het vlak van de zorgkantoren.

In het AO van 24 juni jl. over de modernisering van de AWBZ heeft de staatssecretaris aan de Tweede Kamer een evaluatie over de gevolgen van de opheffing voor de keuzemogelijkheden voor cliënten toegezegd.

## **9. Besturing project**

### *Algemeen*

De projectbeschrijving groot project modernisering AWBZ van 17 juli 2001 en de 1e rapportage van 28 september 2001 geven de besturing van het project aan. Die is in de verslagperiode niet veranderd. De inbedding van

het project in de lijnorganisatie van VWS is afgerond. De directeuren van de AWBZ directies zijn nu direct verantwoordelijk voor de onderwerpen gerelateerd aan de modernisering van de AWBZ: het pgb, de functiegerichte indicatiestelling, de AZR en de functiegerichte bekostiging. Deze inbedding in de reguliere organisatie laat de continuïteit van het moderniseringsproject als groot project onverlet. De directeuren, die een deeltraject op zich nemen zullen dat niet vanuit de verantwoordelijkheid voor «hun» beleidsterrein doen, maar AWBZ-breed. Deze inbedding sluit aan op de voorgenomen organisatieverandering die voor de huidige directiestructuur uit de modernisering van de AWBZ voortvloeit.

### *Communicatie*

In april en mei heeft voor de vierde keer een brede communicatiecampagne plaatsgevonden met opnieuw 24 regionale bijeenkomsten. De campagne richtte zich specifiek op de invoering van de functiegerichte bekostiging per 1 januari 2005. Ongeveer 3000 mensen zijn in totaal aanwezig geweest bij deze bijeenkomsten.

Andere communicatiemiddelen zijn onder andere de Nieuwsbrief AZR, Nieuwsbrief Indiciestelling en de nog steeds veelbezochte site [www.opkopzorg.nl](http://www.opkopzorg.nl).

### *Bijstelling tijdpad implementatie*

Het tijdpad voor de implementatie is op de volgende onderdelen aangepast:

- afschaffen contracteerplicht is afgerond;
- de modeltrajecten lopen ook in 2004 door.

Met een asterisk is aangegeven welke onderdelen zijn gerealiseerd.

#### **Deeltraject 1: persoonsgebonden bekostiging**

- |                                                          |                  |
|----------------------------------------------------------|------------------|
| - nota vereenvoudiging persoonsgebonden budget           | juli 2001*       |
| - definiëring functies                                   | juli 2001*       |
| - ontwikkeling klassen mbt omvang zorg, waardebeplating  | september 2002 * |
| - ontwikkeling omslagpunten                              | april 2002*      |
| - ontwikkeling AWBZ-brede eigenbijdragesystematiek       | 2001 *           |
| - vereenvoudiging uitvoeringsstructuur                   | 2001-2002 *      |
| - invoering geharmoniseerde PGB-regeling                 | 1/4/2003 *       |
| - experimenten PGB-LG                                    | 2000-2003 *      |
| - ontwikkeling zorgproducten/prijzen/ cliëntregistraties | 2000-2003        |
| - start facilitaire organisatie PGB-houders              | 1/4/2003 *       |
| - plan van aanpak functiegerichte bekostiging            | medio 2003 *     |

#### **Deeltraject 2: versterken van de uitvoeringsstructuur**

- |                                                                       |                      |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Ondersteunen patiënten en cliëntenorganisaties                        |                      |
| - nota patiënten/consumentenbeleid                                    | juni 2001*           |
| - bestuurlijke inbedding en steun aan regionale consumenten/patiënten | 2004 Indiciestelling |
| - verbreding naar gehandicaptenzorg                                   | 1/1/2002 *           |
| - verbreding naar GGZ                                                 | 1/4/2003 *           |
| - stimuleringsprogramma verbreding met Wvg                            | 2001-2002 *          |
| - koppelen registratie aan AWBZ-brede registratie                     | vanaf 1/4/2002 *     |

– evaluatie ZIB	najaar 2001 *
– ontwikkeling AWBZ-breed functiegericht protocol	1e helft 2002 *
– genereren landelijke informatie over indicaties	vanaf 1/4/2002 * 1/4/2003 * Versterken
– start functiegerichte indicatiestelling	verzekeringfunctie 2001–2003
– implementeren AWBZ-brede registratie	
– bestuurlijke afspraken VWS-ZN over te leveren prestaties	maart 2001 *
– ontwikkeling visitatiesysteem zorgkantoren	2001 *
– ontwikkeling benchmarkingsysteem zorgkantoren	2001 *

### **Deeltraject 3: juridische randvoorwaarden**

– invoering flexibilisering V&V	1/1/2001 *
– ontwikkeling prestatiegerichte bekostiging (boter bij de vis)	2000–2003
– start herijking toelatingsbeleid, baseren op functies	2003 *
– start geleidelijk afschaffen contracteerplicht	2004/2005 *
– afschaffen UVO/modelovereenkomst	p.m.
– toets op belemmeringen in BIG en KZI	2003
– wettelijk regelen gelijkwaardigheid PGB-zorg in natura	2005

### **Deeltraject 4: modeltrajecten en simulaties**

– ontwikkeling aanpak koplopers	september 2001 *
– start site <a href="http://www.OpKopZorg.nl">www.OpKopZorg.nl</a>	juli 2001 *
– regionale communicatiebijeenkomsten	1e helft 2002 *
– regionale communicatiebijeenkomsten, maatregelen 1 april	februari/maart 2003 *
– regionale communicatiebijeenkomsten, eerste ervaringen	augustus 2003 *
– modeltrajecten	2002/2003/2004

Gezien allerlei ontwikkelingen die raken aan de modernisering AWBZ (zoals de inbedding in de lijnorganisatie, Wet Maatschappelijke Ondersteuning, convenant met de brancheorganisaties) en gezien het feit dat een aantal onderdelen van de modernisering AWBZ is afgerond en nu in een andere fase terechtkomt, zal ik in de volgende voortgangsrapportage een nieuw tijdpad voorleggen.

## **10. Modeltrajecten**

Doelstelling: partijen faciliteren die beoogde vernieuwingen in de AWBZ – zoals vraagsturing, ontschotting, inrichting van de keten en dergelijke – met voorrang willen invoeren.

### *Intramurale zorgarrangementen*

De overstap om de intramurale zorg in een keer over te zetten naar de AWBZ-functies is te groot, mede gezien de bedenkingen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om een werkbare brug te slaan naar de functiegerichte bekostiging is in de eerste helft van dit jaar onderzocht of het intramurale deel van de AWBZ-zorg in sectoroverstijgende AWBZ-brede intramurale zorgarrangementen (IZA's) is in te delen. Deze intramurale zorgarrangementen kan men zien als intramuraal veel voorkomende pakketjes van AWBZ-functies. De zorgarrangementen moesten geschikt

zijn als onderhandelingstaal tussen zorgaanbieders en zorgkantoor en als vehikel voor de bekostiging. Eerste onderzoek heeft uitgewezen dat het mogelijk moet zijn om tussen de 15 en 20 AWBZ-brede intramurale zorgarrangementen te benoemen. In de tweede helft van dit jaar laat ik vervolgonderzoek doen naar de bruikbaarheid van deze zorgarrangementen.

### *Zorginkoop*

Bij het modeltraject zorginkoop zijn de regionale partijen in situaties gebracht waarbij van hen is gevraagd op basis van een bepaalde set aan informatie onderhandelingen te voeren en op basis van (op dat moment nieuwe) informatie te reageren.

Het doel van de simulaties is inzicht te krijgen in het effect van de invoering van de functiegerichte bekostiging op de mogelijkheden van partijen ten aanzien van de onderhandelingsmogelijkheden en de afspraken die hieruit voortvloeien. Deze afspraken worden vastgelegd in een «fictief» contract. Daarnaast kunnen de deelnemende partijen (zorgkantoor en zorgaanbieders) kennis en vaardigheden ontwikkelen ten aanzien van het onderhandelen in de gemoderniseerde AWBZ.

## **11. Financiën**

De begroting van het groot project Modernisering AWBZ omvat de kosten van activiteiten die in het kader van het project worden uitgevoerd. De uitvoeringskosten en de kosten van de uitvoerende indicatiestelling (gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg) maken geen onderdeel uit van de projectbegroting mAWBZ.

De projectbegroting is ten opzicht van 2003 gewijzigd in het vooruitzicht van de voorgenomen centralisering van de indicatiestelling. Op 1 april 2004 is de landelijke organisatie CIZ gestart met de voorbereiding van de centralisering van de indicatiestelling met ingang van 1 januari 2005. De ondersteunende activiteiten en ontwikkelingsprojecten op landelijk niveau en de middelen voor uitvoerende indicatiestelling op het terrein van gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg zijn ter beschikking gesteld van het CIZ. Daarnaast zijn middelen aan het CIZ ter beschikking gesteld voor het organiseren van de centraliseringsoperatie, het wegwerken van achterstanden in de indicatiestelling en de kosten in 2004 van de overdracht van RIO taken, menskracht en middelen naar het CIZ. Voor de financiering van de centraliseringsoperatie is een meerjarige begroting opgesteld.

In 2004 ziet de projectbegroting modernisering AWBZ er als volgt uit:

projectbegroting x 1 mln. euro	2004
<b>Apparaat- en algemene projectkosten</b>	
personeel/materieel groot project AWBZ	0,6
algemene projectkosten	0,4
Subtotaal	1
<b>Versterking uitvoeringsstructuur</b>	
Subsidie CIZ 2004 exclusief uitvoering	15,4
indicatiestelling gz (7,6 mln) en ggz (6 mln)	
Overige landelijke projectactiviteiten	2,1
Subtotaal	17,5
<b>Modernisering bekostiging AWBZ</b>	
Voorbereiden functiegerichte bekostiging	1,55

projectbegroting x 1 mln. euro	2004
<b>Zorgregistratie</b>	<b>1,45</b>
eindtotaal modernisering AWBZ	21,5

## 12. Vooruitblik

In de vorige voortgangsrapportage is al gemeld dat in 2004 het accent ligt op het invoeren van de functiegerichte bekostiging en het afronden van de AWBZ-brede zorgregistratie. Trajecten die tot een goed einde moeten worden gebracht wil de modernisering en de daarmee beoogde omslag van aanbod- naar vraagsturing kunnen worden geëffectueerd. Het komende jaar zal vooral gebruikt worden om in nauwe samenspraak met zorgkantoren en aanbieders de ongetwijfeld optredende overgangsproblemen in goed overleg op te vangen. Het is te hopen dat ook cliënten de voordelen gaan ervaren van de meer vraaggestuurde benadering binnen de AWBZ. Samen met de cliëntenorganisaties wordt daar aandacht aan gegeven. De centralisatie van de indicatiestelling krijgt verder gestalte, maar maakt als zodanig geen deel uit van de moderniseringsoperatie. De invoering van het pgb-nieuwe-stijl zal in de 2e helft van 2004 worden geëvalueerd. De eerste functiegerichte contracteringsoperaties zullen in dit najaar voor de extramurale zorg plaatsvinden. Voorbereidingen voor de eerste stappen op weg naar de invoering van de functiegerichte bekostiging voor de intramurale zorg zullen worden gezet. De AZR zal verder vervolmaakt en geleidelijk aan geheel ingevoerd worden. Het systeem zal worden aangepast aan de wensen rond allerlei informatievoorzieningen en bekostigingsvraagstukken. Ook deze aanpassingen vallen buiten het Groot Project.