

Vergaderjaar 2004–2005

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 137

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 april 2005

Conform de procedureregeling «grote projecten», wordt tweemaal per jaar gerapporteerd over de voortgang van het project modernisering AWBZ. De achtste voortgangsrapportage over de periode 1 juli 2004 tot en met 31 december 2004 treft u hierbij aan.

Net als in de voorgaande jaren wordt in het kader van het groot project modernisering AWBZ jaarlijks een externe audit uitgevoerd op de voortgang door het bureau Twijnstra en Gudde. Zodra de audit gereed is, begin juni 2005, wordt u hierover geïnformeerd.

De volgende voortgangsrapportage ontvangt u conform planning in september 2005.

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

1. Inleiding

Deze rapportage behandelt de voortgang van het Groot Project modernisering AWBZ in de tweede helft van 2004.

In deze periode zijn vier belangrijke mijlpalen bereikt.

Met de overdracht van de verantwoordelijkheid voor beheer en van de AZR aan het College voor Zorgverzekeringen is de projectfase van de zorgregistratie afgesloten. Onderhoudconsolidatie en doorontwikkeling zijn in de lijnorganisatie van VWS belegd. Ik heb u hierover meer gedetailleerd gerapporteerd in mijn brief van 29 november 2004 (TK 2004–2005, 26 631, nr. 118).

Daarnaast is op 1 januari 2005 het CIZ de facto van start gegaan. Het afgelopen jaar is een majeure operatie uitgevoerd, waarbij 3 000 functionarissen een andere rechtspositie hebben gekregen en een aanzet voor de nieuwe organisatiestructuur is gegeven. Ondertussen zijn inhaalslagen voor achterstanden gepleegd en zijn allerlei ontwikkelingen in gang gezet voor kwaliteitsverbetering en grotere eenduidigheid.

Voorts zijn de AWBZ-brede geharmoniseerde tarieven extramuraal omgezet in een op prestaties berustende functiegerichte bekostiging. De invoering van de intramurale functiegerichte bekostiging is voortvarend doorgezet. Hierover ontving u mijn brief van 23 november 2004 (TK 2004–2005, 26 631, nr. 117).

Ten slotte is zoals voorgenomen de contracteerplicht voor de levering van extramurale zorg opgeheven.

In de afgelopen periode is veel aandacht gegeven aan de houdbaarheid van de AWBZ (kostenbeheersing en betaalbaarheid). Juist vanwege deze houdbaarheid is naar mijn mening snelle verdere invoer van de functiegerichte bekostiging noodzakelijk. Immers, aan de voorkant van het traject (indicatiestelling, persoonsgebonden budget, toelatingen) en ook bij de bekostiging van de extramurale zorgverlening wordt gewerkt met functies en klassen. Voor de intramurale bekostiging en grotendeels bij de verantwoording nog niet. Intramuraal is er nog geen zorgzwaartebekostiging, terwijl de verschillen bij cliënt en zorgkantoor via de indicatie wel zichtbaar zijn.

De rol van het zorgkantoor is in dit opzicht als zorginkoper van groot belang. Ik geef hieraan aandacht door het versterken van het verzekeringskarakter van de AWBZ. In het convenant dat ik met Zorgverzekeraars Nederland heb gesloten heb ik hiertoe een groot aantal afspraken gemaakt.

Ik ben ook verheugd met de brancheorganisaties van zorgaanbieders (VGN, Arcares, LVT, BTN en GGZ Nederland) het convenant AWBZ 2005–2007 te hebben kunnen sluiten waarbij zowel de ontwikkeling van de functiegerichte bekostiging voortvarend wordt doorgezet, als een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid wordt genomen om de macrokosten in de hand te houden.

In dit verband is van belang de aandacht die ik zal geven aan de kwaliteit van de indicatiestelling.

Zoals ik ook al tijdens het AO modernisering AWBZ (16 december 2004) met u heb besproken is tijdens dit tweede half jaar steeds duidelijker geworden dat de diverse onderdelen van het groot project zijn uitgegroeid tot zelfstandige beleidsonderdelen. De (beleids)activiteiten rond deze onderdelen zijn breder geworden dan alleen vallend onder het groot project. Nu eind 2004 de doelstellingen van het projectonderdeel AZR ook zijn gehaald is feitelijk alleen de verdere invoering van de functiegerichte bekostiging nog een eigenlijk onderdeel van het groot project. Ik heb u in

overweging gegeven om deze reden de status van groot project te beëindigen. Ik wil deze suggestie hier herhalen. Uiteraard zal ik u afzonderlijk over onderdelen van de AWBZ met de daarmee samenhangende boeiende ontwikkelingen op de hoogte blijven houden.

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

- 17 september, gebruik van AWBZ middelen (TK 2003–2004, 26 631, nr. 106)
- 23 november, functiegerichte bekostiging (TK 2004–2005, 26 631, nr. 117)
- 29 november, voortgangsrapportage AZR (TK 2004–2005, 26 631, nr. 118)
- 30 november, het pgb gewogen, evaluatie en vooruitblik (TK 2004–2005, 25 657 en 26 631, nr. 29)
- 10 december, begroting CIZ 2005 (TK 2004–2005, 29 800 XVI, nr. 89)
- 13 december, behoefte aan vormen van woonruimte voor ouderen en gehandicapten (TK 2004–2005, 26 631, nr. 119)

Tot slot heeft op 16 december 2004 een Algemeen Overleg over de modernisering AWBZ plaatsgevonden, dat op 18 januari 2005 een vervolg heeft gekregen.

2. Indicatiestelling

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

Het totaal aan achterstanden bij de 73 RIO's is in de tweede helft van 2004 gestaag gedaald. Stond in week 25 dit aantal achterstanden nog op 28 837 aanvragen, in week 49 (de week van 29 november) is dit gedaald tot 9 227 aanvragen. Tevens is het aantal aanvragen per week in de tweede helft van 2004 gedaald, van 20 510 (week 25) tot 18 503 (week 53) en heeft de verwerkingscapaciteit van de RIO's zich in positieve zin ontwikkeld. Dit alles heeft ertoe geleid dat er eind 2004 geen RIO's meer zijn die, gegeven hun verwerkingscapaciteit en de omvang van hun werkvoorraad, langer dan zes weken bezig zijn om hun actuele werkvoorraad weg te werken. Wel zijn er nog tien RIO's die vier tot zes weken bezig zijn om hun actuele werkvoorraad weg te werken en daarmee structureel nog risico lopen op overschrijding van de zes weken termijn.

Van de resterende 63 RIO's zijn inmiddels 28 RIO's in staat om, gegeven hun verwerkingscapaciteit, hun actuele werkvoorraad binnen twee weken af te handelen. Blijven 35 RIO's over die met twee tot vier weken iets meer risico lopen op overschrijding van de zes weken termijn.

Vanaf 2005 is het nieuwe Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) de door de overheid aangewezen uitvoerder van de indicatiestelling voor de AWBZ. De tweede helft van 2004 stond daarom vooral in het teken van het voorbereiden van het CIZ als uitvoeringsorganisatie om de honderdduizenden indicatieaanvragen die jaarlijks binnenkomen zo snel en zo goed mogelijk af te handelen. Het CIZ heeft daarbij gekozen voor een besturingsmodel dat intern veel uitvoeringsverantwoordelijkheid bij de 16 CIZ-regio's legt. Het bestuur van het CIZ spreekt met de regiodirecteuren een aantal prestatie-indicatoren af zowel op het gebied van de indicatiestelling als op het gebied van de bedrijfsvoering zodat helder inzicht ontstaat in de kwaliteit en doelmatigheid van de indicatiestelling in de CIZ-regio's. Feitelijk neemt het CIZ in januari 2005 de bestaande werkwijze en uitvoeringsstructuur over van de verschillende RIO's. Van belang is die

bestaande werkwijzen zo snel mogelijk in 2005 om te vormen tot een CIZ-werkwijze in alle 16 CIZ-regio's. Daarvoor heeft het CIZ in de tweede helft van 2004 een eigen referentiewerkproces ontwikkeld om de afhandeling van de aanvragen voor een indicatie per 2005 verder te verbeteren en te uniformeren. Een ambitieus proces omdat op die manier ook de eerste efficiencywinst door het CIZ behaald zal moeten worden.

Bij brief van 10 december 2004 (TK 2004–2005, 29 800 XVI, nr. 89) bent u nader geïnformeerd over de begroting 2005 van het CIZ.

Productiegegevens

De productie van de RIO's uitgedrukt in aantallen afgegeven nieuwe indicaties V&V vertoont al jaren een stijgende lijn. In de tweede helft van 2004 is opnieuw een stijging te zien. Deze stijging houdt mede verband met het feit dat steeds meer RIO's indicaties voor de gehandicaptenzorg van het LCIG hebben overgenomen en dat meer RIO's actief zijn geworden als het gaat om de indicatiestelling voor de langdurig zorgafhankelijken in de GGZ.

Tabel 1: 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%
2004	745 000**	+ 8,3%

* In de loop van 2004 zijn steeds meer RIO's indicaties voor GZ en GGZ gaan afgeven, deze indicaties zijn opgenomen in de aantallen 2004.

** Als gevolg van extrapolatie moeten de aantallen met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De jaartotalen zijn gebaseerd op een aantal RIO's dat tweewekelijks productiecijfers presenteert. Extrapolatie gebeurt op twee manieren: van de aanleverende RIO's naar een landelijk totaal en van de aangeleverde weken naar een jaar totaal.

In het convenant AWBZ 2005–2007 is overeengekomen dat VWS verduidelijkt hoe wordt omgegaan met het wegwerken van de achterstanden in vooral de niet rechtsgeldige indicaties. In dat verband is medio december 2004 aan de zorgaanbieders in de sectoren gehandicaptenzorg en de GGZ de start gemeld van de inventarisatie van cliënten in zorg met een niet rechtsgeldig indicatiebesluit. Met het CIZ is overlegd over de wijze waarop in 2005 deze niet rechtsgeldige indicatiebesluiten kunnen worden weggewerkt.

Bedrijfsvoering

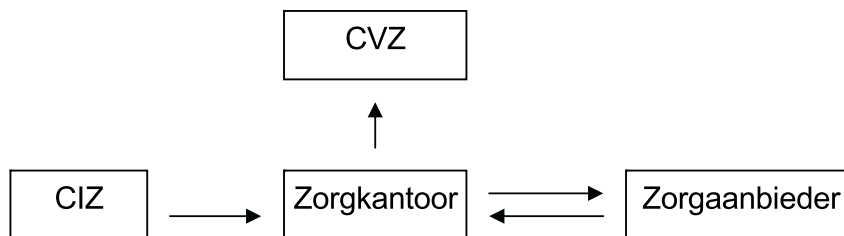
De behoefte aan inzicht in de prestaties van indicatieorganen in relatie tot de kosten en de inzet van menskracht en middelen blijft groot. De inzet blijft om met een verhoudingsgewijs gering budget voor de indicatiestelling en een minimum aan bureaucratie en administratieve lasten voor derden een onafhankelijke en uniforme claimbeoordeling te realiseren van aanspraken op AWBZ-zorg. In dit verband is ook de verdere aanpak van de mandatering door het CIZ van belang conform de afspraken daarover in het convenant AWBZ 2005–2007.

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, wachtlijstbeheer en zorginkoop door het zorgkantoor. Het zorgkantoor wordt het regionale informatieknoppunt en levert wachtlijst informatie aan het landelijke verzamelpunt (het College voor Zorgverzekeringen).

Figuur 1: het berichtenverkeer van de Zorgregistratie tussen de ketenpartners¹



Op 29 november 2004 heb ik u per brief uitgebreid geïnformeerd over de voortgang van de invoering van de Zorgregistratie in de periode juli t/m oktober 2004 (TK 2004–2005, 26 631, nr. 118). In deze rapportage concentreer ik mij op de ontwikkelingen die in de maanden november en december 2004 hebben plaatsgevonden.

Overdracht project aan het CVZ

Medio december 2004 is de projectfase van de zorgregistratie afgesloten. Verdere consolidatie en doorontwikkeling zijn sindsdien in de lijnorganisatie belegd. Het College voor Zorgverzekeringen heeft het beheer en onderhoud van de zorgregistratie op zich genomen.

CIZ-kantoren

Begin juli 2004 stuurde 33% van de CIZ-kantoren de indicatiebesluiten elektronisch naar het zorgkantoor. Eind oktober is dit gestegen tot 81% en begin december waren alle CIZ-kantoren zover. De voorkant van de keten is hiermee gesloten. Dit wil zeggen dat een belangrijke mijlpaal bereikt is. Nu het elektronische berichtenverkeer goed loopt, kunnen de CIZ-kantoren het verzenden van papieren indicatiebesluiten naar de zorgaanbieders afbouwen. Een goede zaak, want het verminderen van de papierstroom in de keten is een van de doelstellingen van de zorgregistratie.

Zorgkantoren

Alle zorgkantoren zijn in productie met de zorgregistratie. Het deel van de zorgkantoren dat berichtenverkeer heeft met de CIZ-kantoren is sinds oktober 2004 gestegen van 93% naar 100%.

De berichtenuitwisseling tussen zorgkantoren en zorgaanbieders moet op gang komen. Eind oktober was 6% van de zorgkantoren hiertoe in staat; eind december is dit gestegen tot 10%.

Alle zorgkantoren geven de zorgaanbieders de mogelijkheid gebruik te maken van een webapplicatie om de periode waarin nog geen berichtenverkeer plaatsvindt te overbruggen. Het gros van de zorgaanbieders maakt hier gebruik van.

Zorgaanbieders

Ruim 90% van de zorgaanbieders beschikt over de software, die nodig is voor het berichtenverkeer met het zorgkantoor. Toch wisselde eind oktober slechts 2% van de zorgaanbieders berichten uit met het zorgkantoor. Eind december is dit gestegen tot 10%.

¹ Zie «Zorgregistratie AWBZ, digitaal berichtenverkeer in de keten» op www.opkopzorg.nl (maart 2004).

Het gaat in de komende periode om het intensiveren van het berichtenverkeer tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Dat kan door het geven van ondersteuning aan zorgaanbieders en het uitwisselen van praktijkervaringen, die laten zien welke voordelen de zorgregistratie met zich mee brengt. Een groot aantal zorgkantoren heeft deelname aan de zorgregistratie opgenomen in de overeenkomsten die zij met de zorgaanbieders heeft afgesloten. Maar gelet op de autonomie van de zorgaanbieders is een deelname van 100% niet op korte termijn te verwachten. In het convenant AWBZ 2005–2007 heb ik een bedrag van minimaal € 10 miljoen aan de brancheorganisaties toegezegd voor investeringen in ICT; dit ter compensatie van de kosten die aanbieders maken voor de invoering van de zorgregistratie.

Vulling van de zorgregistratie

Technisch gesproken zal de zorgregistratie in alle regio's komend voorjaar goed moeten kunnen werken. De kinderziekten bij het op gang brengen van het berichtenverkeer zijn dan achter de rug. Daarna is het van belang dat de vulling van de zorgregistratie op orde wordt gebracht. Dit houdt in dat niet alleen alle wachtende, maar ook alle in zorg zijnde cliënten in de zorgregistratie zijn opgenomen. Wanneer de zorgregistratie compleet is gevuld, is er een goed beeld van de totale zorgvraag en zorglevering. Ik heb een project gestart dat als doel heeft het completeren van de vulling van de zorgregistratie in 2005. Daarbij zoek ik aansluiting met de planningen van de zorgkantoren en van het traject voor het wegwerken van cliënten met een niet rechtsgeldig indicatiebesluit.

4. Uitvoering pgb

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

Pgb nieuwe stijl geëvalueerd

In de tweede helft van 2004 heeft de evaluatie van de pgb-regeling nieuwe stijl plaatsgevonden. Daartoe is gebruik gemaakt van de volgende rapporten: de «Kernmonitor pgb nieuwe stijl» van het CVZ, de «Monitoring budgethouders pgb nieuwe stijl» van het ITS en «Het pgb nieuwe stijl in beeld» van HHM.

Conclusies van de evaluatie

De algemene conclusie is dat de pgb-regeling nieuwe stijl voldoet aan de doelstellingen van het komen tot vraagsturing en zorg op maat op een doelmatige manier. Op basis van de resultaten van de evaluatie is een aantal maatregelen genomen dat de uitvoerbaarheid van de regeling vergemakkelijkt en de beheersbaarheid ervan vergroot. Punten die in 2005 speciale aandacht krijgen, zijn de monetarisering van de mantelzorg en de kwaliteit van ondersteunende en activerende begeleiding. Op deze thema's start nader onderzoek.

Aantal budgethouders

In 2004 is het aantal budgethouders met een persoonsgebonden budget oude stijl verder afgenomen. Zoals verwacht zijn veel budgethouders oude stijl doorgestroomd naar de pgb-regeling nieuwe stijl. Opmerkelijk is dat het totaal aantal budgethouders in 2004 minder snel is gegroeid dan in de voorafgaande jaren. Was er in voorafgaande jaren sprake van een gestage gemiddelde groei van zo'n 1000 tot 1200 budgethouders per

maand, in 2004 is dit aantal teruggelopen tot zo'n 550 tot 600 per maand. Eind december 2004 waren er in totaal 68 140 budgethouders.

Toekenningen pgb

Aan budgethouders met een pgb oude stijl was per 31 december 2004 € 306 miljoen toegekend. Dit bedrag zal niet meer stijgen omdat er geen persoonsgebonden budgetten oude stijl meer worden afgegeven. De verwachting is dat in 2004 € 580 miljoen wordt toegekend voor het pgb nieuwe stijl. In totaal € 886 miljoen.

SVB Servicecentrum pgb

In het persoonsgebonden budget nieuwe stijl verzorgt de Sociale Verzekeringsbank 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 31 december 2004 verzorgde de SVB voor 9 164 budgethouders de salarisadministratie. Voor 8 682 budgethouders werd zowel de salarisadministratie als het betalingsverkeer verzorgd. In totaal heeft de salarisadministratie betrekking op 14 492 hulpverleners.

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.

In november heb ik een uitgebreide brief over de invoering van de functiegerichte bekostiging naar de Tweede Kamer gestuurd (TK 2004–2005, 26 631, nr. 117). Kort samengevat is aan de orde gekomen wat de bedoeling is van de functiegerichte bekostiging, hoe een functiegericht bekostigingssysteem eruit ziet, wat daarin de positie van aanbieders en zorgkantoren ten opzichte van elkaar is, waar de onderhandelingen tussen aanbieders en zorgkantoren over gaan, wat de positie van de cliënt is, hoe de overgangssituatie voor zowel extra- als intramuraal eruit ziet en hoe het zit met de registratie en verantwoording.

Zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars als ikzelf zijn van mening dat de overstap om de intramurale zorg in een keer over te zetten naar de AWBZ-functies te groot is. Om een werkbare brug te slaan naar de functiegerichte bekostiging is in het voorjaar van 2004 gebleken, dat het mogelijk is om de intramurale zorg in te delen in circa 20 AWBZ-brede intramurale zorgarrangementen (IZA's). Deze zorgarrangementen kan men zien als intramuraal veel voorkomende pakketjes van AWBZ-functies, gekoppeld aan specifiek omschreven cliëntprofielen. Afgelopen najaar zijn de IZA's getest bij een dertigtal instellingen. Daaruit is gebleken, dat met behulp van de IZA's de zorg van de meeste cliënten kan worden gescoord (grote mate van dekkendheid). Daarnaast heeft de test gegevens opgeleverd die gebruikt worden om het onderscheidend vermogen tussen de IZA's te verhogen. Op basis hiervan zijn de IZA's aangescherpt.

Inmiddels heb ik u op 25 maart laten weten (TK 2004–2005, 26 631, nr. 132) dat de invoering van de functiegerichte bekostiging voor de intramurale zorgverlening is uitgesteld tot 1 januari 2007. Over wat dat betekent voor de IZA's ben ik in overleg met de brancheorganisaties, CTG/ZAio en Zorgverzekeraars Nederland.

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.

Met ingang van 2005 is met het oog op beheersing van uitgaven in de AWBZ een systeem ingevoerd van financiële contracteerruimte per zorgkantoor. Zorgkantoren kopen met de beschikbare financiële ruimte meer zorg in om de doelmatigheidsdoelstelling (meer mensen helpen voor hetzelfde geld) die ik in het convenant AWBZ 2005–2007 heb afgesproken, te behalen. Deze maatregelen en de gevolgen daarvan voor de zorginkoop zijn in de verslagperiode voorbereid in nauw overleg met de zorgkantoren. In de vorige voortgangsrapportage heb ik in dit verband al aangekondigd dat zorgkantoren op het punt van de zorginkoop, mede gelet op de beschikbare financiële kaders, duidelijke instructies zouden krijgen. In het najaar 2004 heb ik met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) overleg gevoerd over de AWBZ-uitvoering. Dit heeft geleid tot een set afspraken over de taakuitoefening van zorgkantoren in 2005. Deze afspraken zijn vastgelegd in het (gewijzigde) *Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren* dat ik in december 2004 met ZN en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heb ondertekend. Dit convenant is gepubliceerd in de Staatscourant van 30 december 2004 (nr. 253).

Gelet op hun positie als alleeninkopers van AWBZ-zorg is het belangrijk dat zorgkantoren objectief en transparant te werk gaan. Zorgkantoren onderkennen het belang daarvan en kiezen daarom voor een aanpak waarin zij vooraf duidelijkheid verschaffen over de criteria die zij bij de zorginkoop hanteren. Zij kunnen daarbij gebruik maken van een leidraad voor de zorginkoop die ZN in het najaar van 2004 heeft opgesteld.

In mijn vorige voortgangsrapportages ben ik vrij uitgebreid ingegaan op prikkels voor zorgkantoren en in het kader daarvan het benchmarkonderzoek en de ontwikkeling van prestatiebeoordeling in het toezicht. Het CVZ zal in het voorjaar van 2005 rapporteren over de resultaten van de benchmark. Het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) heeft recent zijn toezichtrapport uitgebracht over de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren in 2003. Met mijn brief van 15 februari 2005 heb ik de rapportage van het CTZ en mijn reactie daarop aan de Tweede Kamer toegezonden (TK 2004–2005, 26 631, nr. 126).

In aanvulling op het reguliere toezicht voert het CTZ momenteel een thematisch onderzoek uit naar de zorginkoop bij zorgkantoren. Het CTZ kijkt daarbij, onder andere, naar het contracteerbeleid van zorgkantoren en de wijze waarop rekening is gehouden met de zorgbehoefte in de regio en de wensen van klanten op het vlak van de zorg. De onderzoeksresultaten zijn medio 2005 beschikbaar. Ik zal u hierover informeren.

In het Algemeen Overleg van 14 oktober 2004 over patiënten- en consumentenbeleid heb ik met de Tweede Kamer gesproken over de informatievoorziening van zorgkantoren aan verzekerden. Ik heb toegezegd na te gaan hoe de positie van het zorgkantoor onder de aandacht van verzekerden kan worden gebracht. In feite gaat het om de vraag of voor de verzekerde voldoende duidelijk is wat het zorgkantoor voor hem kan betekenen. In het genoemde convenant heb ik met ZN en het CVZ over dit onderwerp duidelijke afspraken vastgelegd. Daarin staat ook hoe en waarover zorgkantoren verzekerden moeten informeren. Het CTZ onderzoekt jaarlijks of de zorgkantoren hieraan voldoen.

Hierna ga ik in op de opdrachten op dit gebied voor de zorgkantoren. Voor cliëntgerichtheid in de AWBZ is allereerst nodig dat het zorgkantoor zorg contracteert die goed aansluit bij de wensen en behoeften van verzekerden. Om dit te kunnen doen brengen zorgkantoren in hun regio de zorgvraag qua aard en omvang in kaart. Zorgkantoren maken daarvoor gebruik van allerlei *kwantitatieve* gegevens zoals wachtlijstgegevens, demografische gegevens, productiegegevens uit eerdere jaren en capaciteitsgegevens van zorgaanbieders. Ik wil in dit verband ook wijzen op de informatie die naar boven komt over cliëntprofielen bij de ontwikkeling van intramurale zorgarrangementen (IZA's)¹. Voor het verkrijgen van informatie in meer *kwalitatieve* zin kunnen zorgkantoren eigen gegevens benutten blijvend uit bezwaren, klachten en telefoontjes. Daarnaast vormen regelmatige overleggen met cliëntenorganisaties, cliëntenraden van zorginstellingen, indicatieorganen en zorginstellingen een belangrijke bron van informatie. Ook krijgt het zorgkantoor de nodige informatie via de Raad van Advies waarin onder meer cliëntenorganisaties zijn vertegenwoordigd. Kortom, er zijn verschillende mogelijkheden om informatie over de zorgbehoefte te verzamelen. Wel heeft het CVZ geconstateerd dat het veld behoefte heeft aan een goed toepasbaar instrument om de (toekomstige) ontwikkelingen in de zorgbehoefte beter in kaart te brengen. Daarom heeft het CVZ onderzoeksbureau IVA opdracht gegeven in samenwerking met ZN de ontwikkeling van een model voor de bepaling van de regionale zorgbehoefte ter hand te nemen.

Met de hiervoor weergegeven aanpak krijgen zorgkantoren inzicht in de zorgvraag, zodat zij in staat zijn zorg te contracteren waaraan behoefte bestaat. In het verlengde daarvan moeten zorgkantoren verzekerden actief informeren over de mogelijkheden van de zorgverlening en over de voorwaarden die daarbij gelden zoals het betalen van een eigen bijdrage. Het gaat dus zowel over de manier waarop de AWBZ werkt als over de mogelijkheden voor geïndiceerde verzekerden de zorg te verkrijgen waarop zij recht hebben (via een persoonsgebonden budget of zorg in natura). In het kader daarvan verstrekken zorgkantoren informatie, bijvoorbeeld via hun internetsite of via een folder bij de indicatiestelling. Overigens hebben ook de indicatieorganen een rol bij het verstrekken van goede informatie over de werking van de AWBZ en het verkrijgen van de zorg. Zonodig verwijzen zij daarbij naar het zorgkantoor. Een verzekerde kan aan de hand van de verstrekte informatie een keuze maken voor een gecontracteerde zorginstelling. In aanvulling hierop kan behoefte bestaan aan specifieke, meer op de cliënt gerichte informatie. Dit kan nodig zijn indien iemand niet in staat is zelf de zorgverlening te organiseren. In dat geval reikt het zorgkantoor op individueel niveau informatie aan. Ook kan het zorgkantoor geïndiceerde verzekerden via zorgbemiddeling ondersteunen bij het verkrijgen van de zorg.

7. Toelating zorgaanbod

Doelstelling: meer keuzemogelijkheden voor de cliënt.

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.

¹ In de brief aan de Tweede Kamer van 23 november 2004 over de functiegerichte bekostiging is dit ontwikkelingstraject uitgebreid toegelicht (TK 2004–2005, 26 631, nr. 117).

Het aantal aanvragen voor een AWBZ toelating neemt nog steeds toe. De conclusie dat zich echt nieuw zorgaanbod aandient is gerechtvaardigd. Dat blijkt uit het feit dat zich bij de verzoeken om toelating sinds april 2003 ruim 325 nieuwe instellingen bevinden. Het CVZ concludeert op basis van een onderzoek onder 28 nieuw toegelaten instellingen dat de functiegerichte toelating tevens heeft geleid tot meer productie en meer keuzemogelijkheden voor de cliënt. Er is aandacht voor kwaliteitssystemen en arbeidsvoorwaarden van medewerkers.

Daarnaast komen er verzoeken van instellingen die al uit anderen hoofde uit de AWBZ zijn gefinancierd (bijvoorbeeld instellingen voor maatschappelijke ondersteuning) of nu als onderaannemer van toegelaten instellingen functioneren (vooral in de thuiszorg). Daarnaast zijn er nogal wat aanvragen van instellingen die nu op grond van andere wetgeving worden gefinancierd (welzijn, jeugdhulp) die ook een AWBZ-toelating willen hebben. Verder valt op dat diverse instellingen die als nieuwe instelling voor een aantal functies zijn toegelaten later een toelating vragen voor één of meer extra functies, zelfs voor de functie verblijft.

8. Besturing project

Algemeen

De projectbeschrijving groot project modernisering AWBZ van 17 juli 2001 en de 1^e rapportage van 28 september 2001 geven de besturing van het project aan. Die is in de verslagperiode niet veranderd. De inbedding van het groot project modernisering AWBZ 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 reorganisaties van de directies Gehandicaptenbeleid, Verpleging en Verzorging en Ouderen, Lokaal Beleid en Geestelijke gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang.

Communicatie

Op 17 januari 2005 is de gezamenlijke website voor de AWBZ en de Wmo de lucht in gegaan onder de naam www.Wmo-AWBZ.minvws.nl. Over structurele bezoekersaantallen is nog niet veel te zeggen. Tot en met maart 2005 hebben ongeveer 12 000 bezoekers specifiek gekeken naar de AWBZ pagina's.

Met betrekking tot de zorgregistratie is door het CVZ gewerkt aan een nieuw communicatiemiddel: de InforMail zorgregistratie AWBZ. Het eerste exemplaar is verschenen op 17 februari 2005.

De invoering van de functiegerichte bekostiging voor de intramurale zorgverlening is 3 februari 2005 begonnen met een grote startbijeenkomst in het Beatrix theater. Meer dan 1 100 medewerkers van zorgaanbieders zijn hierbij aanwezig geweest. Tijdens de bijeenkomst is informatie gegeven over de intramurale zorgarrangementen, de relatie met de indicatiestelling en het tijdpad van de functiegerichte bekostiging voor de intramurale zorg. Dit is herhaald in 32 regionale bijeenkomsten. Vlak na het beëindigen van die bijeenkomsten is zoals bekend besloten de invoering een jaar uit te stellen.

Ter ondersteuning van de invoering van de functiegerichte bekostiging voor de intramurale zorgverlening is tevens op 17 februari jl. de website www.functiegerichtebekostiging.nl de lucht in gegaan.

Bijstelling tijdpad implementatie

In de vorige voortgangsrapportage heb ik aangekondigd te komen met een geactualiseerde tijdplanning. Hierbij wordt de indeling gevolgd zoals die ook in de voortgangsrapportage is aangehouden. Onderdelen van de implementatie die zijn afgerond (*) worden vanwege de overzichtelijkheid niet meer opgenomen in de volgende voortgangsrapportage.

Indicatiestelling

- wijzigen AWBZ bestuurlijke verantwoordelijkheid
indicatiestelling januari 2006

AWBZ brede Zorgregistratie

- beheer overdragen aan het CVZ januari 2005*
- vulling AWBZ brede Zorgregistratie oktober 2005

Functiegerichte bekostiging

- scores intramurale zorgarrangementen mei 2005
- beslissing bekostigingsgrond intramurale
zorgverlening september 2005
- genormeerde beleidsregel extramurale zorg januari 2006
- functiegerichte bekostiging intramurale zorg januari 2007

Versterken verzekeringskarakter

- verbetering uitvoering, bijvoorbeeld 2005
 - eigen bijdrageregeling
 - administratieve organisatie en interne controle
- verbetering kostenbewaking 2005
- ontwikkeling prestatiemeting toezicht (CTZ) november 2005
- aanwijzing zorgkantoren 2006 najaar 2005
- beslissing toekomst zorgkantoren september 2006

Modeltrajecten en communicatie

- start site *www.Wmo-AWBZ.nl* januari 2005*
- start site *www.functiegerichtebekostiging.nl* februari 2005*
- startbijeenkomst intramurale zorgarrangementen februari 2005*
- 32 regionale bijeenkomsten intramurale zorg-
arrangementen maart 2005

Juridische randvoorwaarden

- afschaffen contracteerplicht intramurale zorg januari 2006

9. 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.

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

projectbegroting x 1 mln. euro	2004
Apparaat- en algemene projectkosten	
personeel/materieel groot project AWBZ (overgedragen aan reguliere formatie-ruimte)	0,6
algemene projectkosten	0,4
Subtotaal	1,0
Versterking uitvoeringsstructuur	
Subsidie CIZ 2004 inclusief indicatiestelling gz (8,8 mln), ggz (5,8 mln) en voorbereiding centralisering	32,8
Overige landelijke projectactiviteiten	2,1
Subtotaal	34,9
Modernisering bekostiging AWBZ	
Voorbereiden functiegerichte bekostiging	1,55
Zorgregistratie	1,45
Subtotaal	3,0
Eindtotaal modernisering AWBZ	38,9

10. Vooruitblik

In 2005 gaat de aandacht uit naar verbetering en consolidering van de al ingevoerde onderdelen van de AWBZ. De kwaliteit van de indicatiestelling, de normering van de tarieven voor de extramurale zorg en het meer onderhandelbaar maken van tarieven en volume extramuraal, het volledig invoeren van de AWBZ-brede zorgregistratie.

Daarnaast zal er veel aandacht zijn voor de aanspraken (wat moet wel en wat niet voor rekening van de AWBZ komen).

Ook is een groot aantal trajecten van belang die buiten de directe sfeer van het groot project liggen (bijvoorbeeld de IBO AWBZ, de ontwikkelingen rond de WMO, de kostenontwikkeling en de maatregelen die daarop betrekking hebben, de diverse aandachtspunten rond het persoonsgebonden budget en omslagpunten, de eigen bijdrage, de rol van de uitvoerder AWBZ, administratieve lastenvermindering).

Nieuwe ontwikkelingen zijn de invoering van de functiegerichte bekostiging intramuraal met behulp van de intramurale zorgarrangementen, het geschikt maken van de AZR voor de bekostiging en inning van de eigen bijdrage, de precieze regeling van de verantwoording voor de bekostiging (met zo min mogelijk administratieve lasten en zo groot mogelijke transparantie).

Ik acht het van het grootst mogelijk belang dat deze verdere invoering zeer zorgvuldig geschiedt en met een zo groot mogelijk draagvlak bij de betrokken organisaties. Veel aandacht zal ik geven aan ondersteuning van zorgaanbieders en zorgkantoren bij de verdere invoering van de functiegerichte bekostiging. Er zal een goed overgangstraject worden gemaakt, maar wel in een zo hoog mogelijk tempo. Uiteindelijk zal de cliënt moeten ervaren dat de zorg voor hem/haar flexibeler en kwalitatief goed geleverd wordt. We constateren allemaal dat er nog van alles ontbreekt om dat optimaal te laten zijn, we kunnen ons geen onnodig tijdverlies permitteren.