

Vergaderjaar 2005–2006

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 181

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 juni 2006

Zoals toegezegd in de reguliere voortgangsrapportage modernisering AWBZ, ga ik in het onderstaande afzonderlijk in op de volgende onderwerpen: de AWBZ brede zorgregistratie (AZR), de procedure bij de totstandkoming van de concessieverlening aan zorgkantoren, de contractering door zorgkantoren en de kwaliteitseisen van zorgkantoren in relatie tot de administratieve lastendruk.

Over de wachtlijsten in de AWBZ ontvangt u binnenkort een aparte rapportage.

Wat is de AWBZ brede zorgregistratie (AZR)?

De AZR is een uniforme systematiek voor het elektronisch uitwisselen van informatie tussen ketenpartners in de AWBZ: indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders. De AZR ondersteunt het proces van indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorglevering in de regio en is de bron voor regionale en landelijke wachtlijstinformatie. Het zorgkantoor fungeert als regionaal informatieknooppunt. De belangrijkste componenten van de AZR zijn: de informatie- en berichtenmodellen, de EI-standaarden voor het berichtenverkeer tussen de ketenpartners en het handboek met werk-instructies voor het dagelijks gebruik van de AZR door de ketenpartners.

Lopende trajecten in 2006

Gedurende 2006 zullen de ketenpartners de nieuwe release van de AZR (versie 2.1) implementeren en de ultieme vulling realiseren. Beide trajecten worden projectmatig uitgevoerd onder regie van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

Voortgang release 2.1 van de AZR

Een nieuwe release van de AZR wil zeggen dat alle AZR-applicaties die in gebruik zijn bij indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders worden

vervangen door een nieuwe versie. Dit is een omvangrijke, grootschalige operatie: het gaat om circa 40 applicaties, waar circa 3000 organisaties mee werken. De release 2.1 is een sterk verbeterde versie van de AZR die nu in gebruik is.

De berichten zijn beter afgestemd op de procesgang in de keten; zo is er een mutatiebericht geïntroduceerd, waarmee de zorgaanbieder wijzigingen kan aangeven in de cliëntgegevens en de levering van zorg, bijvoorbeeld als gevolg van een veranderende zorgconsumptie of ingeval van overlijden. Ook zijn er retourberichten toegevoegd voor het afhandelen van fouten en is de frequentie van uitwisseling verhoogd. Tevens is in deze release rekening gehouden met de invoering van het burgerservicenummer (BSN). Deze verbeteringen zullen een positief effect hebben op de kwaliteit van de informatie in de AZR.

De planning voor de invoering van de release 2.1 is tot stand gekomen na intensief overleg met de zorgkantoren en de leveranciers van de software voor de AZR. Onderstaande planning heeft een stevig draagvlak bij alle betrokken partijen. Veel waarde wordt toegekend aan het uitvoeren van intensieve ketentesten; deze vinden plaats in de maanden mei tot en met augustus. Indien deze testen bevredigend verlopen, nemen indicatieorganen en zorgkantoren op 1 september de nieuwe release van de AZR in gebruik, de zorgaanbieders volgen de maanden daarna. In tabel 1 vindt u de planning voor de ingebruikname van release 2.1.

Tabel 1: planning ingebruikname release 2.1 AZR

2006	MIJLPAAL
april–mei	Opleveren software voor de CIZ-kantoren en zorgkantoren
mei–juni	Ketentest CIZ en zorgkantoor
juni–juli	Opleveren software voor de zorgaanbieders
juli–augustus	Ketentest zorgkantoor en zorgaanbieder
1 september	Indicatieorganen en zorgkantoren in productie met AZR
1 sept–1 nov	Zorgaanbieders in productie met AZR

Voortgang ultieme vulling van de AZR

In dezelfde periode als de ingebruikname van release 2.1 vindt de ultieme vulling plaats. Deze heeft als doel om alle cliënten die al in zorg zijn en de cliënten die nog op de wachtlijst staan versneld in de AZR-systemen van de zorgkantoren op te nemen. Het CVZ heeft een landelijk draaiboek opgesteld, elk zorgkantoor coördineert de uitvoering in de eigen regio. De procesgang is in grote lijn als volgt. Gegevens over de zorglevering worden verzameld bij de zorgaanbieders; dat gaat deels geautomatiseerd en deels handmatig. Na controles en opschoning door het CVZ worden deze gegevens in de AZR-systemen van de zorgkantoren opgenomen. De ultieme vulling is gereed als de gegevens van alle cliënten in de AZR-systemen van de zorgkantoren zitten. Dan is er een volledig beeld van alle geïndiceerde cliënten en de mate waarin de cliënten zorg ontvangen. Tabel 2 laat zien wat de voortgang is per concessiehouder.

Tabel 2: voortgang ultieme vulling per concessiehouder

Concessiehouder	Aantal zorgkantoren	Datum start verzamelen gegevens bij zorgaanbieders	Datum einde verzamelen gegevens bij zorgaanbieders	Datum gereed ultieme vulling door zorgkantoor
Achmea	6	1 september 2006	1 januari 2007	15 januari 2007
AGIS	4	1 mei 2006	1 augustus 2006	1 september 2006
CZ/OZ	5	1 mei 2006	1 augustus 2006	1 september 2006
De Friesland	1	1 juli 2006	1 september 2006	1 oktober 2006
Haaglanden	1	1 september 2006	15 december 2006	1 januari 2007
DSW	2	1 maart 2006	1 mei 2006	Gerealiseerd

Consessiehouder	Aantal zorgkantoren	Datum start verzamelen gegevens bij zorgaanbieders	Datum einde verzamelen gegevens bij zorgaanbieders	Datum gereed ultieme vulling door zorgkantoor
Menzis	3	1 juli 2006	1 september 2006	1 oktober 2006
Salland	1	1 juni 2006	1 augustus 2006	1 september 2006
Trias	2	1 september 2006	1 december 2006	1 januari 2007
Univé	1	1 mei 2006	15 december 2006	1 januari 2007
Zorg en Zekerheid	2	15 mei 2006	1 oktober 2006	1 januari 2006
VGZ	4	Gerealiseerd	Gerealiseerd	Gerealiseerd
Totaal 32				

Uit de tabel is af te leiden dat vrijwel alle regio's verwachten eind 2006 de ultieme vulling te hebben gerealiseerd. Ook hier geldt dat deze planning een stevig draagvlak heeft bij de zorgkantoren. De medewerking van de zorgaanbieders in dit traject is cruciaal voor de voortgang, omdat zij de gegevens moeten aanleveren. Uit de ervaringen tot nu toe blijkt dat de zorgaanbieders loyaal meewerken aan het ultiem vullen van de AZR.

Stand van zaken berichtenverkeer

Aan de voorkant van de keten, tussen indicatieorgaan en zorgkantoor, is sprake van vrijwel 100% berichtenverkeer conform de specificaties van de AZR.

Aan de achterkant van de keten, tussen zorgkantoor en zorgaanbieder, is de situatie meer divers. Bij ongeveer 20% van de zorgaanbieders is sprake van een zogenaamde server-to-server uitwisseling van berichten, conform de specificaties van de AZR.

Ongeveer 80% van de zorgaanbieders maakt gebruik van webapplicaties die door het zorgkantoor regionaal beschikbaar zijn gesteld. Zij kunnen wel de indicaties als bericht ontvangen en verwerken, maar kunnen de zorglevering niet in de vorm van een bericht (de melding aanvang zorg) aan het zorgkantoor terugmelden. Deze zorgaanbieders kunnen de zorglevering dan via de webapplicatie van het zorgkantoor registreren. Maar dat gebeurt zeker niet altijd; het komt nog te vaak voor dat zorgaanbieders de zorglevering niet doorgeven aan het zorgkantoor. Het gebruik van de webapplicaties wordt geleidelijk afgebouwd en alle zorgaanbieders maken de overstap naar de server-to-server toepassing met berichtenverkeer.

Stimuleren deelname zorgaanbieders

De animo bij zorgaanbieders om de AZR te gebruiken is nog onvoldoende. In eerste instantie is dit een gevolg van technische onvolkomenheden en kinderziektes in de eerste release van de AZR. Maar met de invoering van de verbeterde release 2.1 in de loop van dit jaar behoren deze hindernissen tot het verleden. Daarnaast hebben zorgaanbieders organisatorische en pragmatische redenen, die bepalend zijn voor de mate waarin de AZR wordt gebruikt.

De vraag is nu op welke wijze(n) de zorgaanbieders gestimuleerd kunnen worden de AZR beter te gebruiken. Ik wil gebruik verplicht stellen. Samen met het CVZ, ZN en het CTG/ZAio onderzoek ik de mogelijkheden die er zijn om bestaande regelgeving aan te passen.

VWS heeft in 2005 de zorgaanbieders financieel geprikkeld door € 60 miljoen beschikbaar te stellen voor het invoeren, in gebruik nemen en ultiem vullen van de AZR.

Daar is € 25 miljoen aan toegevoegd voor de invoering van de kaderregeling AO/IC. Deze bedragen zijn verstrekt via de beleidsregel «ICT-middelen 2005 en compensatie kosten kaderregeling AO/IC».

Verminderen administratieve lasten: integratie BZ-formulieren

Het elektronisch uitwisselen van gegevens in de AZR maakt het mogelijk dat bepaalde gegevens (bijvoorbeeld het indicatiebesluit) één keer worden vastgelegd voor meervoudig gebruik. Zo kunnen zorgaanbieders met de AZR de indicatiebesluiten elektronisch ontvangen en verwerken; dat voorkomt dubbel werk.

De zorgaanbieders geven de zorglevering nu door aan het zorgkantoor met enkele papieren zogeheten Buitengewone Ziektekosten-formulieren (de BZ/1 en de BZ/5). Wanneer de release 2.1 in bedrijf is en de ultieme vulling is gerealiseerd, kan deze papierstroom vervallen. Het berichtenverkeer is dan leidend. De komende jaren komen nog meer BZ-formulieren te vervallen, omdat de AZR verder ontwikkeld wordt (productieverantwoording etc). Het CVZ maakt een draaiboek voor het planmatig buiten werking stellen van nog meer papieren BZ-formulieren.

Verdere ontwikkeling van de AZR

VWS en CVZ achten een verdere ontwikkeling van de AZR wenselijk. Ook de brancheorganisaties van zorgaanbieders in de AWBZ zijn van mening dat het een goede zaak is om in de AZR te blijven investeren. De meest in het oog springende ontwikkeling van de AZR voor de korte termijn is het ondersteunen van enkele financiële processen en de invoering van het burgerservicenummer.

AZR gaat financiële processen ondersteunen

Het is de bedoeling dat de AZR geschikt gemaakt wordt voor het ondersteunen van enkele financiële processen, zoals de zorgzwaartebekostiging, de verantwoording van de productie (geleverde zorg) en de heffing van de eigen bijdrage. Deze ontwikkelingen zijn niet meegenomen in de huidige release 2.1 die thans wordt uitgerold. Daarom worden deze uitbreidingen pas meegenomen in de volgende, nog vorm te geven, release (versie 3.0), die op 1 januari 2008 operationeel moet zijn. Deze financiële processen stellen hoge kwaliteitseisen aan de werking van de AZR. De gegevens in de AZR moeten dan een hoge betrouwbaarheid hebben. Dat vergt een extra inspanning van de gebruikers van de AZR.

In de zorgzwaartebekostiging nemen de zorgzwaartepakketten een centrale plaats in. Dit is de taal waarin zowel de indicatiestelling als de zorglevering wordt uitgedrukt voor de intramurale setting. Het berichtenverkeer van de AZR wordt hierop aangepast in release 3.0.

De gegevens in de AZR worden ook gebruikt als basis voor het heffen van de eigen bijdrage.

Het CAK draagt in alle gevallen zorg voor de inkomensvoet, het heffen en innen van de eigen bijdragen.

Wanneer in 2008 het berichtenverkeer in de praktijk goed wordt uitgewisseld, kunnen wederom enkele BZ-formulieren vervallen: het BZ/6 en het BZ/A/6.

Het voornemen is om een strikte koppeling te leggen tussen de verantwoording van de productie en de financiering van zorg. De huidige systematiek van bevoorschotting maakt plaats voor declaratieverkeer op het niveau van de verzekerde. Het CTG/ZAio heeft zijn beleidsregels daar op aangepast. De AZR gaat het declaratieverkeer elektronisch ondersteunen. Elk productiebericht wordt zo ingericht dat dit tevens kan worden gebruikt als declaratie. Het CVZ ontwikkelt samen met het CTG/ZAio en de veldpartijen een ontwerp voor deze nieuwe systematiek.

Naar verwachting zal het parlement in de loop van 2006 goedkeuring geven aan de invoering van het Burgerservicenummer (BSN). VWS werkt momenteel aan een implementatieplan voor het BSN in het domein van de AWBZ. In dit traject wordt ook bekeken langs welke weg(en) de cliënten in de AZR kunnen worden voorzien van een BSN.

Inzicht in de procedure totstandkoming concessies zorgkantoren

De procedure voor de aanwijzing van zorgkantoren is wettelijk vastgelegd. Over de te volgen procedure voor de aanwijzing voor de periode 2006–2009 heb ik de zorgkantoren geïnformeerd bij brief van 29 april 2005. Deze brief is ook gezonden aan de Tweede Kamer (Niet-dossierstuk 2004–2005, vws0500701). De procedure ziet er als volgt uit. In de eerste plaats heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op 30 augustus 2005 een voorstel gedaan voor aanwijzing van zorgkantoren. ZN heeft voorgesteld alle zorgkantoren per 2006 opnieuw aan te wijzen. Daarna hebben zowel het CVZ als het College van Toezicht op de Zorgverzekeringen (CTZ) aan mij advies uitgebracht over dit voorstel. Het CVZ heeft geadviseerd het voorstel van ZN over te nemen. Ook heeft het CVZ geadviseerd de werkgebieden van zorgkantoren duidelijk in de aanwijzing vast te leggen (welke gemeenten vallen onder welk zorgkantoor). Het CTZ heeft mij geadviseerd op basis van zijn toezichtbeoordelingen van de prestaties van zorgkantoren (TK 2005–2006, 26 631, nr. 163). Het CTZ kwam tot het oordeel dat de toezichtresultaten geen aanleiding geven zorgkantoren niet voor de volledige periode aan te wijzen.

Gelet op het voorstel en de uitgebrachte adviezen heb ik op 9 december 2005 de aanwijzing zorgkantoren vastgesteld (Staatscourant 2005, nr. 245). In de aanwijzing zijn alle concessiehouders voor een periode van drie jaar opnieuw aangewezen als zorgkantoor. In de aanwijzing is een toelichting opgenomen over de werkgebieden per zorgkantoor.

Verder heb ik aan de aanwijzing de algemene voorwaarde verbonden dat alle zorgkantoren uitvoering zullen geven aan het *Convenant Zorgkantoren 2006–2008* (Staatscourant 2006, nr. 66) dat ik heb gesloten met ZN en CVZ. Ten aanzien van één concessiehouder (Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid) heb ik de specifieke voorwaarde opgenomen dat deze moet voldoen aan de door de toezichthouder geconstateerde verbeterpunten.

Contracteerbeleid

In het najaar van 2005 heb ik met brancheorganisaties van zorgaanbieders en ZN afgesproken dat zorgkantoren in 2006 een transparant en uniform contracteerbeleid voeren. Dit beleid moet ertoe leiden dat nieuwe aanbieders een kans krijgen, terwijl tegelijk rekening wordt gehouden met continuïteit van zorg en bestaande contractuele relaties. Als uitgangspunt is geformuleerd dat de zorg wordt afgestemd op de voorkeuren van de cliënten. Dit kan door pluriformiteit van het gecontracteerde zorgaanbod na te streven. ZN heeft op basis van deze afspraak een leidraad voor de zorginkoop opgesteld. Daarin zijn algemeen geldende selectiecriteria voor het contracteren opgenomen. De zorgkantoren hebben op basis hiervan het eigen contracteerbeleid voor 2006 vastgesteld. Op deze wijze streven zorgkantoren uniformiteit in procedures en aanpak na terwijl er ook ruimte bestaat voor lokale variatie.

Inmiddels ligt de eerste contracteerronde van 2006 achter ons. Zorgkantoren en zorginstellingen hebben voor 1 maart jongstleden hun productieafspraken voor dit jaar bij CTG/ZAio ingediend. CTG/ZAio heeft

deze productieafspraken verwerkt en getoetst aan het financiële kader dat per zorgkantoor beschikbaar is. Na verwerking van de eerste contracteeronde, blijkt nog € 197 miljoen (van de in totaal € 17,85 miljard voor productieafspraken) beschikbaar te zijn voor aanvullende productieafspraken per 15 juli en 15 oktober. De verwachting is dat dit restant zal worden ingezet bij aanbieders die laten zien dat er nog capaciteit beschikbaar is voor een hogere productie ten behoeve van een hogere zorgvraag. De wijze waarop de zorginkoopmarkt functioneert, wordt gemonitord door CTG/ZAio. Daarnaast voer ik regelmatig overleg met vertegenwoordigers van zorginstellingen en zorgkantoren over hun ervaringen met de zorginkoop in 2006. Eventuele knelpunten die zij hierbij hebben ervaren, kunnen dan aan de orde komen. Ik heb met de betrokken brancheorganisaties afgesproken dat zij knelpunten waar mogelijk bilateraal proberen op te lossen.

Kwaliteitseisen zorgkantoren

Zorgkantoren maken op dit moment gebruik van keurmerken en certificering als hulpmiddel om de kwaliteit van de in te kopen zorg te beoordelen. Deze keuze roept veel discussie op bij zorginstellingen en de brancheorganisaties. De roep om te werken aan een kwaliteitssysteem, de indicatoren voor verantwoorde zorg in te voeren en te werken aan maatschappelijke verantwoording is veel werk. Met mijn brief van 4 december 2002 (TK 2002–2003, 28 439, nr. 2) heb ik het kwaliteitsbeleid in de zorg, waarvan certificering een onderdeel is op de politieke en maatschappelijke agenda geplaatst. In die brief heb ik een oproep gedaan aan alle partijen om werk te maken van kwaliteit van zorg, zowel op het niveau van het proces als op resultaatniveau. De zorgkantoren hebben mijn opdracht opgepakt en vorm gegeven op de wijze zoals afgesproken. Toch roep ik nu de zorgkantoren op om ruimte te geven aan de ontwikkeling van indicatoren.

In 2006 en 2007 verdient de implementatie van de indicatoren voor verantwoorde zorg voorrang boven certificering. De indicatoren zijn door de verschillende partijen gezamenlijk vastgesteld en die moeten we nu zo snel mogelijk kunnen toetsen. Hiermee ligt de prioriteit bij snelle zichtbare verbetering op het terrein van de indicatoren voor verantwoorde zorg en op het terrein van veiligheid. Certificering is een *instrument* om het constant verbeteren van de kwaliteit van zorg te stimuleren; *het is geen doel op zich*. Het standpunt van de minister en mij is dat certificering niet verplicht is. Maar ik vind het wél belangrijk dat elke instelling een «werkend kwaliteitssysteem» heeft. Certificering fungeert in deze fase om de permanente verbetering van kwaliteit te stimuleren. Het uiteindelijke streven is dat instrumenten voor interne sturingsinformatie, toezicht, en maatschappelijke verantwoording in elkaars verlengde liggen. Ik wil samen met zorgkantoren bezien hoe we de verantwoording en transparante informatie goed op elkaar laten aansluiten en overlap voorkomen.

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