

Vergaderjaar 2003–2004

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 58

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 oktober 2003

Conform de procedureregeling «grote projecten», wordt tweemaal per jaar gerapporteerd over de voortgang van het project modernisering AWBZ. De vijfde voortgangsrapportage over de periode 1 januari 2003 tot en met 30 juni 2003 treft u hierbij aan. In deze periode is door invoering per 1 april 2003 van de AMvB waarin de AWBZ aanspraken in functies zijn gedefinieerd de modernisering in zijn operationele fase gekomen. Dat is ook de fase, waarin de nog uit te voeren werkzaamheden waar mogelijk in de lijnorganisatie zullen worden ondergebracht. Ik ga ervan uit dat per 1 januari 2004 daarmee een begin wordt gemaakt en in de loop van 2004 het project modernisering AWBZ wordt afgerond. Werkzaamheden voortvloeiend uit de modernisering AWBZ die meer implementatietijd vergen (bijvoorbeeld de functiegerichte bekostiging) zullen daarna vanuit de staande organisatie plaatsvinden.

De volgende voortgangsrapportage ontvangt u conform planning in februari 2004.

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

INHOUDSOPGAVE	blz.
1. INLEIDING	3
2. BELEIDSINHOUDELIJKE ONTWIKKELINGEN/ RESULTATEN	3
3. VERSTERKING VAN DE UITVOERING VAN DE AWBZ	4
3.1 Indicatiestelling	4
3.2 Versterking verzekeringskarakter	6
3.3 AWBZ brede zorgregistratie	7
3.4 Uitvoering PGB	8
3.5 Toelating en uitbreiding zorgaanbod	10
4. MODELTRAJECTEN EN SIMULATIES	11
5. REGELGEVING	12
6. BESTURING VAN HET PROJECT	13
6.1 Algemeen	13
6.2 Geactualiseerd implementatietijdpad	14
6.3 Geactualiseerde rapportageplanner	15
7. FINANCIËN	15
Bijlagen	
– Periodieke inventarisatie RIO's, juni 2003	(Bijlage 1) ¹
– Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren	(Bijlage 2) ¹
– 10e Voortgangsrapportage AWBZ-brede Zorgregistratie	(Bijlage 3)
– Bijdrage Wonen en Zorg	(Bijlage 4) ¹

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

1. Inleiding

Deze rapportage behandelt de voortgang van het project modernisering AWBZ in de eerste helft van 2003. Op 1 april is de modernisering van de AWBZ officieel van start gegaan. Vanaf die datum zijn de aanspraken omschreven in functies en is de AWBZ-brede regeling voor het persoonsgebonden budget ingegaan.

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

- op 10 maart de PGB-regeling nieuwe stijl (AWBZ/2363298);
- op 18 en 21 maart brieven betreffende de reacties uit het veld op de modernisering (AWBZ/2365526 en DBO-CB-U-2367538);
- op 11 juni brief inzake extramuralisering in relatie tot de modernisering en bouwproblematiek intramurale zorg (DBO-CB-U-2385453);
- op 11 juni 2003 tussenrapportage over de voortgang van de implementatie (n.a.v. AO 3 april) (AWBZ/2387278);
- op 26 juni brief inzake partneropname in verzorgingshuizen (n.a.v. AO 25 juni) (DVVO-U-2391700).

Tot slot hebben in het afgelopen half jaar op 3 april en 25 juni Algemene Overleggen plaatsgevonden over de modernisering AWBZ.

Bij deze rapportage zijn vier bijlagen gevoegd:

- Periodieke inventarisatie RIO's, juni 2003;
- Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren;
- 10e Voortgangsrapportage AWBZ-brede Zorgregistratie;
- Bijdrage Wonen en Zorg.

2. Beleidsinhoudelijke ontwikkelingen/resultaten

In de tussenrapportage van 11 juni 2003 is al uitgebreid ingegaan op de invoering van de modernisering van de AWBZ per 1 april 2003. Samengevat zijn over de periode van 1 januari 2003 tot 30 juni 2003 de volgende beleidsinhoudelijke resultaten geboekt:

- **invoeren functiegerichte aanspraken:** per 1 april 2003 zijn de institutionele aanspraken in het Besluit Zorgaanspraken van de AWBZ vervangen door functiegerichte aanspraken, waarmee de zorgbehoefte¹ centraal is komen te staan.
- **invoeren functiegerichte indicatiestelling AWBZ-breed:** aan deze invoering is een intensief scholings- en ondersteuningstraject voor indicatiestellers voorafgegaan. Vanaf 1 april 2003 worden door de RIO's functiegerichte indicatiebesluiten afgegeven. Hiermee is de basis voor de ontschotting – dat wil zeggen het opheffen van de verschillen tussen de sectoren in de AWBZ – en de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing gelegd. Toepassing van de AWBZ-brede formulierenset bevordert ook de verdere uniformering van de indicatiestelling.
- **omzetten toelatingen:** met het definiëren van aanspraken in het Besluit zorgaanspraken in functies, zijn ook alle voorheen institutioneel gedefinieerde toelatingen van instellingen omgezet naar functiegerichte toelatingen.
- **functiegerichte bekostiging:** bij de bekostiging, verantwoording en registratie, is de aanbodgeoriënteerde insteek vooralsnog gehandhaafd. Daar wordt met andere woorden nog gewerkt met sector-specifieke producten. Wel is het met ingang van 1 april mogelijk, dat aanbieders voor extramuraal te leveren producten op elkaars terrein kunnen contracteren. Dat gebeurt op twee manieren. Aan de ene kant kunnen aanbieders met hun bestaande extramurale producten nieuwe doelgroepen benaderen. Aan de andere kant kunnen aanbieders nu

¹ De functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf.

ook AWBZ-breed extramuraal producten gaan leveren. Na het per 1 april 2003 moderniseren van de zogenaamde voorkant van de AWBZ gaat het de komende tijd vooral om het aan de zogenaamde achterkant van de AWBZ maken van de omslag van aanbod naar vraagsturing. Met functiegerichte bekostiging wordt bedoeld op een bekostigingssysteem dat ruimte biedt aan partijen om in te spelen op de vraag van de klant. Voor aanbieders moet die ruimte zodanig zijn dat zij zich op de «markt» kunnen profileren met eigen zorgproducten. Voor zorgkantoren moet die ruimte zodanig zijn dat zij rekening houdend met de wens van de klant, doelmatig in kunnen kopen en daarbij specifieke leveringsvoorwaarden kunnen bedingen. Dit vraagt om een bekostigingssysteem dat aan de ene kant voldoende ruimte biedt om in te springen op nieuwe vragen en aan de andere kant die ruimte ook voldoende ordent en transparant maakt om daarbinnen doelmatig te kunnen handelen. Die koppeling van ruimte en ordening wordt in de functiegerichte bekostiging bereikt door het tarief op te hangen aan de globaal geformuleerde functie (die ook als aanspraak is geformuleerd en in de indicatie wordt gehanteerd) en de structuur van het tarief vervolgens op te bouwen uit verschillende onderdelen, waarbij elk onderdeel uiteraard weer transparant is in wát er uit wordt betaald (bepaalde deskundigheid van personeel, productiviteit, groeps grootte, personele en materiële overhead, bereikbaarheid, zorg op afspraak, zorg op afroep, crisis, innovatie et cetera). In het systeem van functiegerichte bekostiging is het vervolgens aan partijen om af te spreken welke onderdelen in welke mate worden meegenomen in de definitieve prijsafspraken over de functies. In de brief over het plan van aanpak invoering van de functiegerichte bekostiging die ik 29 augustus jongstleden naar de Tweede Kamer heb gestuurd ga ik uitgebreid in op een aantal zaken. Dit betreft onder andere de inhoud, de rol van partijen, de registratie en verantwoording, aan welke voorwaarden moet zijn voldaan wil het nieuwe bekostigingssysteem een bijdrage leveren aan een beheerste uitgavenontwikkeling, de technische invoeringsstappen extramuraal en intramuraal (waaronder het AWBZ-brede kostprijzenonderzoek waartoe in de eerste helft van dit jaar opdracht is verstrekt aan KPMG) en de verhouding met de in het verleden in gang gezette sectorale bekostigingssystemen.

3. Versterking van de uitvoering van de AWBZ

Dit hoofdstuk behandelt de voortgang ten aanzien van:

- de indicatiestelling (3.1);
- de versterking van het verzekeraarskarakter van de AWBZ (3.2);
- de AWBZ-brede zorgregistratie (3.3);
- de uitvoering PGB (3.4);
- toelating en uitbreiding zorgaanbod (3.5);

3.1 Indiciestelling

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

Het afgelopen halfjaar stond vooral in het teken van de invoering van de functiegerichte indicatiestelling per 1 april 2003 bij de RIO's.

De nieuwe formulierenset is elektronisch ingevoerd bij de RIO's en alle 1800 indicatiestellers die werkzaam zijn binnen de AWBZ zijn geschoold voor het gebruiken van deze formulieren.

Na 1 april werd, via diverse steun- en meldpunten en via een tweetal quick scans, al snel duidelijk dat verschillende RIO's door productieverlies weer met stijgende werkvoorraden geconfronteerd werden. Gewinning aan de

nieuwe werkwijze bleek de hoofdoorzaak, naast toename van het aantal aanvragen en onvolkomenheden in de geleverde software.

Vragen over de nieuwe werkwijze worden beantwoord in het antwoordteam dat zorgdraagt voor opstelling en verspreiding van een eenduidig antwoord dat zowel vanuit inhoudelijk als wettelijk perspectief correct is. Het antwoordteam bestaat uit onder andere het kennisnetwerk van de Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (LVIO) en het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ). Via de Tijdelijke Bijdrageregeling Indicatiestelling beschikken de RIO's over extra middelen voor het wegwerken van achterstanden; ook kunnen zij gebruik maken van extra indicatiestellers. Bij circa éénderde van de RIO's blijkt voor de problemen hulp van buiten de regio nodig; in die gevallen wordt een beroep gedaan op het ondersteuningsscenario van het College voor Zorgverzekeringen. Dit scenario stelt regiopartijen in staat zonodig direct actie te ondernemen op basis van de daar genoemde maatregelen onder voorwaarde van directe melding in de vorm van een plan van aanpak aan het College. Voorop staat dat de zorglevering niet in gevaar mag komen. Dat geldt ook voor het toekennen van het PGB.

Integrale indicatiestelling

Onder integrale indicatiestelling wordt voor de AWBZ verstaan dat de RIO's voor alle drie AWBZ-sectoren indiceren.

Het RIO is per 1 januari 2002 verantwoordelijk voor de indicatiestelling gehandicaptenzorg. Partijen zijn overeengekomen dat uiterlijk per 1 januari 2004 het mandaat van de RIO's aan het LCIG afloopt om de indicatiestelling voor mensen met een handicap uit te voeren. VWS ondersteunt het overleg van partijen over de integratie van de uitvoerende indicatiestellingsactiviteiten van het LCIG in de RIO's en heeft hiervoor een landelijk kader opgesteld. Belangrijk uitgangspunt voor het overleg is dat de deskundigheid van de LCIG-indicatiestellers beschikbaar blijft voor de indicatiestelling en geen breuk ontstaat in de overgangperiode tot 1 januari 2004. Inmiddels is een maatregel in voorbereiding waarmee middelen beschikbaar zullen blijven voor indicatiestelling voor mensen met een handicap door de RIO's.

Vanaf 1 januari 2004 wordt gestart met een AWBZ-breed Landelijk Centrum Indicatiestelling. De expertise die onder andere aanwezig is bij het LCIG zal daar worden ondergebracht.

Op 1 april 2003 zijn de RIO's ook formeel verantwoordelijk voor de indicatiestelling in de GGZ. Per die datum verricht het RIO het indicatieonderzoek voor de cliënten in de GGZ, respectievelijk mandateert.

Het afgelopen halfjaar heeft het College Evaluatie Implementatie Indicatiebeleid onder voorzitterschap van de heer Buurmeijer een advies over de bestuurlijke positionering van de RIO's voorbereid. Dit, op 24 september 2003 verschenen, advies, zal voorzien van een standpunt, in het najaar aan de Kamer worden aangeboden. Over deze standpuntbepaling zal met de betrokken partijen, waaronder de VNG, overleg worden gevoerd.

Productiegegevens

De productie van de RIO's (gemeten aan de hand van het aantal afgegeven indicatiebesluiten V&V) is in 2002 gestegen met 9,5% ten opzichte van 2001. In de vorige rapportage werd op basis van de eerste drie kwartalen 2002 nog een stijging van 14,2% verwacht.

Op basis van de werkvoorraad per 1 juli 2003 en de productiecijfers zijn opnieuw de achterstanden bij de RIO's berekend (zie bijlage 1). Hieruit blijkt dat in de eerste periode na de invoering van de functiegerichte indicatiestelling de achterstanden zijn opgelopen. Tabel 1 geeft een overzicht van deze achterstanden. Een gemiddelde verwerkingstijd van twee weken blijft het ambitieniveau.

Voor 10 RIO's geldt dat zij problemen hebben met de gemiddelde verwerkingstijd van zes weken (de wettelijke termijn). Van 36 RIO's is bekend dat zij de aanvragen weliswaar binnen de wettelijke termijn afhandelen, maar het ambitieniveau van 2 weken niet halen. Tot slot slaagden 17 RIO's er in om alle aanvragen binnen twee weken af te handelen.

Tabel 1

	1 november 2000	1 december 2001	1 december 2002	1 juli 2003
achterstand bij 6 weken	2 487	25	113	3 244
aantal RIO's	10	1	3	10
achterstand bij 3,4 weken	8 614	2 455	1 825	Niet gemeten
aantal RIO's	31	16	14	
achterstand bij 2 weken	16 923	7 848	6 007	18 359
aantal RIO's	52	42	30	36

Zoals hiervoor gemeld worden RIO's ondersteund bij het wegwerken van de achterstanden, zodat in de loop van dit jaar de werkvoorraden tot een vanuit de optiek van de cliënt acceptabel niveau zijn teruggebracht.

Vereenvoudiging en uniformering

Snelle en zorgvuldige afhandeling van eenvoudig te verwerken aanvragen blijft van groot belang voor cliënt en zorgaanbieder. Daarom zijn modeltrajecten gestart waarin wordt onderzocht wat de mogelijkheden zijn om bepaalde zorgvragen te standaardiseren in termen van geïndiceerde zorg. Standaardisatie maakt het mogelijk snel (per direct) indicaties te verstrekken, dan wel hier afspraken over te maken met zorgverleners. Bij standaardisatie wordt bijvoorbeeld gedacht aan cliënten die na een operatie zijn ontslagen uit het ziekenhuis en cliënten met duidelijk omschreven enkelvoudige zorgvragen. De modeltrajecten worden uitgevoerd in zes regio's: Friesland, Groningen, Noord Holland-noord, Midden Brabant, Midden Limburg en Amsterdam. Inmiddels zijn enkele gestandaardiseerde indicaties op het terrein van V&V en gehandicaptenzorg beschreven waarover nader overleg met zorgaanbieders en indicatietellers zal plaatsvinden. Nog dit jaar is landelijke invoering van deze standaard voorzien.

Bedrijfsvoering

De behoefte aan inzicht in de prestaties van indicatieorganen in relatie tot de kosten en de inzet van menskracht en middelen is 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 recent met betrokken partijen overlegd over het snel uitvoeren van een benchmark.

3.2 Versterking van het verzekeringskarakter van de AWBZ

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.

Uitvoering convenant over taken en beheerskosten van zorgkantoren

Met het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heb ik hernieuwde afspraken gemaakt over de taken en beheerskosten van zorgkantoren. Deze zijn vastgelegd in een Addendum op het bestaande convenant. Voor een toelichting op de wijzigingen en de achtergronden daarvan verwijs ik naar de gezamenlijke publicatie van het ministerie, CVZ en ZN (zie bijlage 2).

Conform eerdere afspraken is gewerkt aan maatregelen gericht op een goede AWBZ-uitvoering door zorgkantoren. Op de eerste plaats voert ZN de tweede ronde van visitaties van zorgkantoren uit in de periode 2003–2005. Daarnaast is het door het CVZ ontwikkelde model voor benchmarkonderzoek onder zorgkantoren beproefd in een pilot onder een aantal zorgkantoren. Op basis van de ervaringen in deze pilotonderzoeken zal ik in overleg met het CVZ en ZN een besluit nemen over de uitvoering van het definitieve benchmarkonderzoek onder alle zorgkantoren. Tot slot zijn met ingang van 2003 de voor de verantwoording noodzakelijke basisadministraties bij zorgkantoren operationeel. Deze administraties moeten de zorgkantoren in staat stellen vanaf verslagjaar 2003 op gemoderniseerde wijze verantwoording af te leggen via een uitvoeringsverslag en een financieel verslag.

3.3 AWBZ-brede zorgregistratie

Doelstelling: het ten behoeve van de uitvoering van de AWBZ en de daarmee verbonden verzekeringsfuncties (koppelen vraag en aanbod, inkoopfunctie zorgkantoor, zorgtoewijzing met name ingeval van schaarste/overbruggingszorg) realiseren van een uniforme registratie in de keten van vraag tot zorgverlening.

Ontwikkeling fase 2

In fase 2 van de AZR zenden de indicatieorganen indicatiebesluiten elektronisch naar het zorgkantoor. Zorgaanbieders melden elektronisch wanneer zij zorg gaan verlenen aan een cliënt. Beide berichten samen geven inzicht in de wachtlijst. De omvang van het berichtenverkeer en de kwaliteit van de gegevens wordt periodiek gemeten. Voor de resultaten van de peilstokmeting van 1 juli 2003 wordt verwezen naar bijlage 3. Samengevat geven de resultaten het volgende beeld. Van de 32 zorgkantoorregio's doen er 28 mee aan de meting. Hiervan ontvangen er 26 indicatiebesluiten. De informatiestroom vanuit de zorgaanbieders komt langzamer op gang. Zorgkantoren geven actief voorlichting aan zorgaanbieders in hun regio over de zorgregistratie. Hiermee wordt het draagvlak verbreed voor de samenwerking en gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgkantoor.

Om de zorgkantoren te ondersteunen bij het gebruik van de registratie is een Handboek samengesteld, dat de meest voorkomende administratieve problemen behandelt. De berichtenstroom in functiegerichte termen zal naar verwachting op 1 oktober 2003 nog een bescheiden omvang hebben. Nu fase twee in het operationele stadium komt, wordt het beheer van de systematiek (standaarden, handboek, et cetera) overgedragen aan het CVZ. Daartoe zijn de te beheren objecten beschreven evenals de procedure om wijzigingen in de systematiek door te voeren.

Fase 3

De volgende fase van de zorgregistratie is gericht op het ondersteunen van het proces van zorgtoewijzing. Daartoe worden bestaande berichten aangepast en wordt een aantal noodzakelijke berichten toegevoegd. In samenspraak met het veld is een berichtenmodel opgesteld dat landelijk kan worden ingevoerd. De belangrijkste standaarden voor deze fase zijn aan de softwareleveranciers ter beschikking gesteld om in te bouwen in hun applicaties.

Vervolgens zullen de partijen in de keten van zorgtoewijzing hun organisatie moeten inrichten op het kunnen genereren en versturen van de berichten volgens de standaarden van fase 3. Dit vergt een forse inspanning. De overgangen die in de komende periode nodig zijn, worden afgestemd op andere beleidsontwikkelingen, zoals functiegerichte bekostiging. De planning voor fase 3 is in tabel 2 samengevat.

Tabel 2

Landelijke planning op hoofdlijnen	Jul 2003	Okt 2003	Jan 2004	April 2004	Jul 2004	Okt 2004	Jan 2005
Externe integratiestandaarden (EI) gereed	X						
Gebruik berichtenverkeer van fase 2	X	X	X	X	X	X	
Bouwen software voor fase 3	X	X	X				
Implementeren fase 3			X	X	X		
In productie name fase 3					X	X	X

Voor de gehandicaptenzorg geldt dezelfde planning, maar moet rekening worden gehouden met de overgang van het ZRS-systeem naar de zorgregistratie. In de sector geestelijke gezondheidszorg worden in september de pilots afgerond waarin een specifiek wachttijdenbericht is uitgetest. Op basis van de pilot en het voortschrijdend inzicht in de realisatie van fase 3 zal ook voor deze sector een ingroeipad naar de zorgregistratie worden uitgezet. De ontschotting in de AWBZ zal ook geleidelijk in de registratie zijn beslag krijgen.

Er zijn vier zorgkantoorregio's die door verzekeraar VGZ worden bediend in het inrichten van de gegevens-uitwisseling met indicatieorganen en zorgaanbieders. Zij zijn hiermee ver gevorderd. Deze vooruitgeschoven positie maakt het mogelijk om de systematiek van fase 3 van de zorgregistratie in de praktijk te beproeven. Implementatietrajecten bij andere zorgkantoren kunnen hun voordeel doen met deze ervaring.

3.4 Uitvoering PGB

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

Per 1 april 2003 is de pgb-regeling «nieuwe stijl», een regeling op basis van functies met een nieuwe uitvoeringsstructuur, ingevoerd. De pgb-regeling «nieuwe stijl» geldt voor verzekerden die zich na 1 april hebben gemeld bij het indicatieorgaan. Bestaande budgethouders maken de overstap naar de nieuwe pgb-regeling op het moment van herindicatie. Voor deze groep is een overgangsregeling vastgesteld. Dit houdt in dat budgethouders die voor 1 oktober 2003 overgaan naar de pgb-regeling «nieuwe stijl», een budgetgarantie kennen tot het eind van het jaar. Voor budgethouders die na 1 oktober overgaan, geldt een budgetgarantie van drie maanden. Het pgb «oude stijl» wordt op 1 januari 2006 definitief afgesloten.

De invoering is zonder veel problemen verlopen en zorgkantoren zijn over het algemeen goed in staat om pgb's af te geven. Er was beperkt sprake van aanloopproblemen en kinderziektes. Bij de uitvoering betrokken partijen zijn in onderling overleg tot pragmatische oplossingen gekomen. Budgethouders hebben zodoende slechts in geringe mate last gehad van deze aanloopproblemen.

Voorbeelden van aanloopproblemen:

- Incidentele achterstanden bij RIO's zijn opgevangen door het ambts-halve verlengen van het PGB oude stijl met één of twee maanden;
- Computerprogramma's voor PGB nieuwe stijl bleken voor het betalingsverkeer niet altijd goed te communiceren met ander programma-tuur van het zorgkantoor. De eerste betalingen zijn daarop handmatig verricht.
- De verwerking van de functiegerichte indicatiebesluiten, het verkrijgen van aanvullende gegevens van de budgethouders en de overdracht van dossiers van de SVB naar de zorgkantoren blijken in deze aanloop-maanden bewerklijker te zijn geweest dan bij de voorbereiding is geschat.

Het feit dat de budgethouders weinig last hebben gehad van deze aanloopproblemen is ook te danken aan de inzet van de medewerkers van de zorgkantoren en de SVB.

Het pgb «nieuwe stijl» wordt aan verzekerden toegekend op basis van een functiegericht indicatiebesluit. De functiegerichte indicatiestelling is formeel gestart bij de indicatie-aanvragen die ná 1 april 2003 zijn ingediend. Voor de op 1 april bij de RIO's aanwezige indicatie-aanvragen is nog een indicatiebesluit «oude stijl» afgegeven en is vervolgens ook nog een pgb «oude stijl» toegekend. Deze overgangssituatie heeft tot gevolg gehad dat het aantal budgethouders «oude stijl» ook na 1 april nog twee maanden is gegroeid voordat de daling in het aantal budgethouders «oude stijl» is ingezet.

Budgethouders oude stijl

1 januari	48 039
1 februari	48 339
1 maart	49 906
1 april	51 326
1 mei	53 400
1 juni	54 205
1 juli	52 061

Aan budgethouders «oude stijl» is in totaal een PGB van € 595 miljoen toegekend. Aangezien er geen budgethouders meer in de oude regelingen instromen, zal dit bedrag in 2003 niet verder stijgen, maar teruglopen.

Op 1 juli 2003 is aan 4268 budgethouders een pgb «nieuwe stijl» toegekend. Het aantal budgethouders «nieuwe stijl» zal maandelijks naar verwachting met 2000 toenemen. Dat is de optelsom van de autonome groei van budgethouders en de uitstroom van budgethouders uit de regelingen «voude stijl!». Het CVZ raamt op dit moment dat de zorgkantoren in het kader van pgb «nieuwe stijl» in 2003 ruim € 100 miljoen zullen toekennen. De toekenning voor het pgb (oud en nieuw gezamenlijk) zal daarmee dit jaar naar verwachting de grens van € 700 miljoen naderen. Ter vergelijking: voor het jaar 2002 was er € 503 miljoen toegekend. Daarbij moet aangetekend worden dat toegekende bedragen niet volledig besteed worden. De budgethouders hebben in 2002 € 412 miljoen besteed.

Bij de invoering van het pgb «nieuwe stijl» is gekozen voor een ruim overgangstraject. Budgethouders verlaten de oude regeling pas op het

moment dat de geldigheidsduur van het indicatiebesluit afloopt en er een nieuw functiegericht indicatiebesluit is afgegeven.

Bij de instroom in pgb «nieuwe stijl» kunnen daardoor drie categorieën budgethouders worden onderscheiden:

1. Nieuwe budgethouders die voor het eerst gebruik maken van de PGB-regeling;
2. Budgethouders die op het eind van de indicatieduur overstappen naar pgb «nieuwe stijl» (de reguliere overstappers);
3. Budgethouders die, vanwege gewijzigde zorgbehoefte, vervroegd om een herindicatie vragen en daardoor overstappen naar de nieuwe regeling (de vervroegde overstappers).

Bij de uitvoering van pgb «nieuwe stijl» is de SVB door het CVZ gecontracteerd als facilitaire organisatie.

De SVB vervult de volgende taken:

1. als sprake is van inhoudingsplicht bij budgethouders die te maken hebben met volledig werkgeverschap of gebruik maken van de opting in regeling kan de budgethouder de SVB vragen de salarisadministratie te verzorgen;
2. zorgen voor alle budgethouders de wettelijk verplichte doorbetaling van het salaris bij ziekte;
3. zorgen voor modelzorgovereenkomsten en;
4. fungeert als kenniscentrum op arbeidsrechtelijk terrein.

Bij het SVB Servicecentrum PGB hadden zich op 1 juli 2003 400 budgethouders aangemeld voor het verzorgen van de salarisadministratie.

Kantoor PGB van de SVB, verantwoordelijk voor de administratie van budgethouders met een pgb «oude stijl», wordt de komende jaren afgebouwd. In de eerste helft van 2003 zijn hierover onderhandelingen gevoerd tussen het CVZ en de SVB. De liquidatiebegroting bestaat globaal uit twee onderdelen: kosten sociaal plan en kosten leegstand.

Doordat het pgb «nieuwe stijl» op 1 april 2003 is ingevoerd in plaats van 1 januari 2003 heeft de SVB, kantoor PGB, in april en mei nog te maken gehad met een volwaardige instroom van budgethouders. Overigens kan het dossier van een uitgestroomde budgethouder pas na drie maanden worden afgesloten. Dit in verband met (achterstallige) declaraties van hulpverleners. De werklust van de SVB daalt daarom langzamer dan de uitstroom van de budgethouders.

3.5 Toelating en uitbreiding zorgaanbod

Doelstelling: meer keuzemogelijkheden voor de klant.

In maart heeft het CVZ een beschikking afgegeven waarin alle institutionele toelatingen zijn omgezet in functiegerichte toelatingen. Dat betekent bijvoorbeeld dat een instelling «voorheen toegelaten als verzorgingshuis» vanaf 1 april 2003 een toelating heeft die luidt «een instelling toegelaten voor de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, en ondersteunende begeleiding en verblijf». Het CVZ heeft de omzetting van alle toelatingen collectief geregeld. De omzetting van de toelatingen in de AWBZ betekent een verdere ontschotting. Hiermee is een begin gemaakt met het creëren van ruimte voor aanbieders om zich ook op andere AWBZ-doelgroepen te richten, zodat cliënten ook meer keuzemogelijkheden krijgen. Het CVZ heeft sinds 1 april veel aanvragen -vooral uit de gehandicaptenzorgvoor functies ontvangen van al toegelaten aanbieders voor een uitbreiding met functies.

Bij het toetsen van de aanvragen kijkt het CVZ naar de volgende vereiste criteria:

- er moet sprake zijn van een instelling;
- continuïteit en kwaliteit van zorg;
- bedrijfsvoering van de toegelaten functies moet in orde zijn (inclusief het voldoen aan administratieve eisen die bijvoorbeeld aan het innen van de eigen bijdrage worden gesteld);
- de intramurale instelling moet aan de eisen die in het kader van de WZV van toepassing zijn, voldoen;
- advies van het zorgkantoor.

In totaal zijn vanaf 1 april 86 aanvragen voor nieuwe toelatingen bij het CVZ binnenkomen waarvan er tot 1 juli 19 zijn toegelaten. Het gaat hierbij zowel om nieuwe aanbieders als om bestaande aanbieders die een uitbreiding van hun toelatingen vragen. De rest van de aanvragen was op 1 juli nog in behandeling bij het CVZ.

De toelating vindt vanaf 1 april 2003 plaats op basis van functies; dit betekent dat bestaande aanbieders in de gehele AWBZ extramurale zorg kunnen leveren. Tevens kunnen nieuwe aanbieders nu gemakkelijker toegelaten worden op de AWBZ-markt.

4. Modeltrajecten en simulaties

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

Begin 2003 is een dertiental modeltrajecten zorg in natura gestart in de volgende regio's:

- zorgkantoor Groningen;
- zorgkantoor Drenthe;
- zorgkantoor Midden Brabant;
- stuurgroep vernieuwing ouderenzorg Noord-Holland Noord;
- 's Heeren Loo Zorggroep, locatie West Nederland;
- stichting Philadelphia Zorg;
- zintuiglijk gehandicapten;
- Rodas (Geestesgronden)/React;
- zorgkantoren Rijnmond;
- zorgkantoor Amsterdam/ALZAC Amsterdam;
- ProAct;
- zorgcontinuüm Enter;
- verenigde Amstelhuizen.

De modeltrajecten zijn verdeeld over vier thema's: functiegerichte aanbiedersprofielen (ontwikkeling van voor de praktijk hanteerbare functiegerichte aanbiedersprofielen en toetsing van de hanteerbaarheid van functiegerichte termen), functiegerichte contractering (verkrijgen van inzicht in de wijze van onderhandelen en de daarbij gehanteerde instrumenten), verantwoording bij een functiegerichte contractering (verkrijgen van inzicht in de minimaal noodzakelijke registratie, de wijze van declareren en de wijze van verantwoording door aanbieders) en functiegerichte zorgtoewijzing (mogelijkheden en effecten die worden gecreëerd als gevolg van een functiegerichte zorgtoewijzing). Een modeltraject kan zich richten op meerdere thema's.

Voorlopige resultaten:

Uit de ervaringen blijkt, dat de functiegerichte termen aanbieders voldoende ruimte bieden om zicht te profileren. Aanbieders kunnen in de profilering hun eigen visie goed naar voren brengen. Tevens is gebleken, dat het van medewerkers wel een andere manier van denken/benaderen vraagt.

In het kader van functiegerichte contractering heeft een aantal zorgaanbieders en zorgkantoren een modelcontract opgesteld, met daarin de leveringsvoorwaarden, waarover afspraken kunnen worden gemaakt. Aangezien de cliënt meer vrijheid krijgt in het kiezen van de zorgaanbieder is de omvang van het aantal af te nemen producten in de onderhandeling tussen zorgkantoor en aanbieder een minder vast gegeven. Met betrekking tot de verantwoording bestaat bij partijen in het veld een voorkeur voor een systeem van beperkte en enkelvoudige registratie in combinatie met steekproefsgewijze controles door het zorgkantoor. De vormgeving van de verantwoording is nog onderwerp van overleg.

In de zesde voortgangsrapportage groot project zal uitgebreid aandacht worden besteed aan de definitieve resultaten van de modeltrajecten zorg in natura.

Binnen een aantal modeltrajecten heeft een simulatiebijeenkomst plaatsgevonden waarin vertegenwoordigers van zorgkantoren en zorgaanbieders met elkaar hebben onderhandeld over de hoogte van de functietarieven en de omvang van de productie. Daarbij is uitgegaan van drie verschillende tariefstructuren: maximumtarieven, basistarieven en richttarieven. Bij maximumtarieven heeft het zorgkantoor de mogelijkheid lagere tarieven af te spreken. In de onderhandelingen tussen zorgkantoor en aanbieder wordt duidelijk waarom een lager tarief zou gelden. Bij basistarieven heeft het zorgkantoor de mogelijkheid hogere tarieven af te spreken. In de onderhandelingen tussen zorgkantoor en aanbieder wordt duidelijk waarom een hoger tarief zou gelden. Tot slot zijn bij richttarieven de partijen vrij om zowel naar boven als naar beneden af te wijken. De ervaringen uit de simulatiebijeenkomsten worden meegenomen in de uiteindelijke beslissing over de functiegerichte bekostiging.

5. Regelgeving

Ingaande 1 april 2003:

- Wijziging Besluit zorgaanspraken AWBZ met daarin de omzetting van de institutie-gebonden aanspraken in functiegerichte aanspraken, de aanpassingen van het Zorgindicatiebesluit en de aanpassingen van de reikwijdtebepalingen van de WZV en WTG.
- Beschikking van het CVZ (toelatingen zorginstellingen in het kader van de modernisering AWBZ, 6 maart 2003) waarin alle institutionele toelatingen zijn omgezet in functiegerichte toelatingen
- CTG-beleidsregel extramurale zorgproducten. Deze beleidsregel maakt mogelijk dat instellingen ook extramurale producten die voorheen waren voorbehouden aan anderen kunnen aanbieden.

Met terugwerkende kracht vanaf 1 april:

- Beleidsregel terminologie. Deze beleidsregel past in terminologische zin alle bestaande beleidsregels aan aan het nieuwe besluit zorgaanspraken AWBZ. Het CTG is bij de goedkeuring van deze beleidsregel gevraagd maatregelen te treffen die tegen gaan dat op basis van deze terminologische aanpassing op zich bestedingen plaatsvinden waar geen corresponderende prestatie tegenover staat.
- Beleidsregel kapitaallasten. Deze beleidsregel maakt het mogelijk dat aanbieders de investeringslasten kunnen bekostigen die gemoeid zijn met uitbreiding van de extramurale zorgverlening in de eigen sector.

6. Besturing van het project

6.1 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. Wel is een begin gemaakt met de integratie van het project in de lijnorganisatie van VWS, die ook verandert als gevolg van de ontschotting. Dit onder andere door directeuren van de AWBZ directies direct verantwoordelijk te maken voor onderwerpen gerelateerd aan de modernisering van de AWBZ.

Met het oog op de invoering per 1 april is een planning & control cyclus ontwikkeld. In het platform, waarin vertegenwoordigers VWS, ZN, CVZ, LVIO, LZA en LCIG zitting hebben, wordt de stand van zaken rond de invoering van de maatregelen per 1 april 2003 nauwgezet gevolgd. Mogelijke problemen worden in een vroeg stadium gesignaleerd en opgepakt. Op deze wijze wordt de modernisering van de AWBZ ondersteund en vindt afstemming plaats tussen de betrokken partijen. Vanuit het platform is een taskforce gevormd dat voor indicatieorganen een actieplan opstelt met daarin een aantal gerichte acties om in een beperkte periode de werkvoorraad op normaal peil te brengen.

Het CVZ heeft daarnaast voor de periode rond 1 april 2003 een signaleringsmodel opgezet dat tijdig knelpunten signaleert die als gevolg van de wijzigingen kunnen optreden, zodat ze snel kunnen worden aangepakt. Daarnaast is in april het Implementatieoverleg gestart. In dit tweewekelijks overleg komen belangrijke thema's (zoals functiegerichte bekostiging, indicatiestelling, bouw, registratie en verantwoording) binnen de modernisering AWBZ aan de orde. Aan het overleg nemen de volgende partijen deel: CVZ, CTG, CBZ, GGZ Nederland, Arcares, LVT, VGN, ZN, Somma, NPCF en VWS.

Communicatie

De modernisering van de AWBZ is een complex project waarbij veel partijen betrokken zijn. Dat vereist intensieve communicatie. Hiervan zijn het al gememoreerde platform en Implementatieoverleg goede voorbeelden. In de eerste paar maanden van 2003 heeft voor de tweede keer een brede communicatiecampagne plaatsgevonden met 25 regionale bijeenkomsten. In deze campagne is informatie gegeven over de maatregelen die op 1 april 2003 ingevoerd zouden worden. Ongeveer 4000 mensen zijn in totaal aanwezig geweest bij deze bijeenkomsten. Andere communicatiemiddelen zijn onder andere de Nieuwsbrief Modernisering AWBZ, Nieuwsbrief AZR, Nieuwsbrief Indiciestelling en de veelbezochte site www.opkopzorg.nl. Er zijn voorbereidingen getroffen voor een derde communicatiecampagne in augustus en september met het oog op de eerste ervaringen met de veranderingen sinds 1 april 2003. De brochure «Klanten kiezen» (totale oplage van 64 000 exemplaren) is verspreid onder cliënten/consumentenorganisaties, zorgaanbieders, zorgkantoren en RIO's. Ook brancheorganisaties hebben in hun communicatie veel aandacht besteed aan de veranderingen.

6.2 Bijstelling tijdpad implementatie

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

- invoering geharmoniseerde PGB-regeling afgerond
 - idem start facilitaire organisatie
 - idem plan van aanpak functiegerichte bekostiging
 - indicatiestelling verbreding naar GGZ afgerond
 - start functiegerichte indicatiestelling
 - start herijking toelatingsbeleid, baseren op functies
- Met een asterisk is aangegeven welke onderdelen al zijn gerealiseerd.

Implementatietijdpad groot project modernisering AWBZ

Deeltraject 1: persoonsgebonden bekostiging

- nota vereenvoudiging persoonsgebonden budget	juli 2001*
- definiëring functies	juli 2001*
- ontwikkeling klassen mbt omvang zorg, waardebeoordeling	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
Indicatiestelling	
- 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 info over indicaties	vanaf 1/4/2002 *
- start functiegerichte indicatiestelling	1/4/2003 *
Versterken verzekeringsfunctie	
- implementeren AWBZ-brede registratie	2001-2003
- 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 www.OpKopZorg.nl	juli 2001 *
- regionale communicatiebijeenkomsten	1e helft 2002 *
- regionale communicatiebijeenkomsten, maatregelen 1 april	februari/maart 2003
- regionale communicatiebijeenkomsten, eerste ervaringen	augustus 2003
- modeltrajecten	2002/2003

6.3 Actualisering planning rapportages

De planning van rapportages is niet gewijzigd.

Rapportageplanner Tweede Kamer	2001		2002		2003		2004	
	S		F	S	F	S	F	S
Deeltraject 1: Persoonsgebonden bekostiging								
Invoering nieuwe PGB-regeling	X		X	X				
Uitbreiding PGB/ verdere ontwikkeling pers.geb.bekostiging	X	X	X	X	X	X	X	X
Ontwikkeling zorgproducten	X	X	X	X	X			
Deeltraject 2: Versterken van de uitvoeringsstructuur								
Resultaten voortgangsrapportage regio's	X	X	X	X	X	X	X	X
Samenhang met niet-AWBZ-zorg	X		X		X			X
Verbreding indicatiestelling	X		X		X			
Protocollering indicatiestelling	X							
Convenant VWS – ZN	X	X			X		X	
Visitatie/benchmarking	X	X			X		X	
Besluitvorming uitvoeringsstatuten					X			
Deeltraject 3: Juridische randvoorwaarden								
Voortgang trajecten «5.4 projectbeschr.	X	X	X	X	X	X	X	X
Deeltraject 4: Koplopers								
Plan van aanpak Koplopers	X							
Resultaten volgtraject koplopers		X	X	X	X	X	X	X

F: februari, S: september

7. Financiën

De begroting van het groot project Modernisering AWBZ omvat de kosten van activiteiten die nodig zijn om de overgang naar een vraaggestuurde zorg, soepel en doelmatig voor alle betrokkenen te laten verlopen. Het betreft alleen kosten die direct met de verandering samenhangen, niet kosten die betrekking hebben op de reguliere uitvoering van de AWBZ.

De modernisering heeft geen betrekking op vraagstukken aangaande pakketuitbreiding of -beperking. Het uitgangspunt is: «niet meer en niet minder». Dit geldt ook voor het beslag op het macrokader.

In vergelijking met de 3e en 4e voortgangsrapportage zijn er feitelijk geen wijzigingen opgetreden in de al gerealiseerde en verwachte uitgaven voor 2003 en 2004.

projectbegroting x 1 mln. euro	2003	2004
Apparaat- en algemene projectkosten		
personeel/materieel groot project AWBZ	0,9	0,9
algemene projectkosten	0,1	0,1
doorloop onderzoek belastbaar inkomen personeel/materieel groot project AWBZ		
Subtotaal	1	1
Versterking uitvoeringsstructuur		
Ondersteuningsprogramma indicatiestelling	0,8	0,8
subsidiereregeling t.b.v. gemeenten/overig project Zorgregistratie	12,8	7,2
Subtotaal	13,6	8

projectbegroting x 1 mln. euro		2003	2004
PGB/Zorg in nature			
modernisering pgb		1,7	1,7
PGB		0,1	0,1
subtotaal		1,8	1,8
Koplopers		0,5	0,5
eindtotaal	modernisering	16,9	11,3
AWBZ			

Vooruitblik

Met het op 1 april 2003 in werking treden van het gewijzigde besluit Zorgaanspraken zijn de aanspraken gedefinieerd in zorgfuncties. Hiermee is in feite een begin gemaakt met de omslag van aanbod- naar vraagsturing. Het sluitstuk op de modernisering zal de nieuwe (functiegerichte) bekostigingssystematiek zijn. Hiervoor zijn in 2003 en in 2004 nog financiële middelen gemoeid. Dit onderdeel is terug te vinden onder de noemer PGB/Zorg in natura.

Toelichting op peilstokgegevens 1 juli 2003**1. Inleiding**

In deze notitie worden de resultaten van de meting van 1 juli 2003 toegelicht. Eerst wordt een algemeen beeld van de stand van zaken in de regio's gegeven en vervolgens worden de uitgevoerde analyses per onderdeel belicht. Tenslotte wordt een inschatting gegeven van de mogelijkheden per zorgkantoor om op 1 oktober aanstaande een betrouwbare regionale wachtlijst voor de V&V-sector te leveren. Met elk zorgkantoor afzonderlijk zijn afspraken gemaakt over de werkwijze voor de officiële wachtlijstpeiling van 1 oktober aanstaande en de eventueel daarvoor benodigde ondersteuning.

2. Algemeen beeld

Van 29 van de 32 zorgkantoren zijn gegevens ontvangen ten behoeve van het uitvoeren van de peilstokmeting. Dat is één meer dan bij de meting van 1 april jongstleden.

Ontbrekende regio's

De 3 zorgkantoren die niet hebben deelgenomen aan de meting zijn:
Zorgkantoor Apeldoorn/Zutphen (5506, concessiehouder: AGIS);
Zorgkantoor Utrecht (5509, concessiehouder: AGIS);
Zorgkantoor 't Gooi (5511, concessiehouder AGIS);

Zorgkantoor Zuid Hollandse Eilanden (5523, concessiehouder OZ) heeft deze keer voor het eerst gegevens aangeleverd.

Vergelijking met voorgaande peilstokmetingen

De verbetering van de resultaten van de 1 april meting wordt in het algemeen gehandhaafd bij de 1 juli meting. Ten opzichte van de vorige meting (1 april 2003) blijft een kloof zichtbaar tussen de zorgkantoren die de fase 2 registratie goed tot zeer goed voor elkaar hebben en de zorgkantoren die op het gebied van respons en kwaliteit nog aanzienlijk achterblijven. In die zin is er geen sprake van grote verschuivingen. Enkele zorgkantoren hebben opnieuw de complete vulling van hun database aangeleverd omdat ze een opschoningsactie hebben gehouden. Hierbij zijn de gebrekkige gegevens uit het verleden verbeterd of verwijderd zodat deze geen negatief effect meer hebben op de resultaten van nu.

Een verschil met de vorige peilstokmetingen is dat bij deze meting ook voor elke zorgkantoorregio een wachtlijst is gegenereerd op basis van de geregistreerde indicatiebesluiten en meldingen aanvang zorg. Dit is gedaan met het oog op de naderende landelijke wachtlijstpeiling van 1 oktober aanstaande. Aan de hand van het resultaat van de matching kan worden bepaald of de fase 2 registratie een goede basis vormt voor de wachtlijst en in welke mate er nog aanvullende acties nodig zijn in de regio.

3. Toelichting op de peilstokresultaten*Respons*

Van alle RIO's levert 93% berichten met indicatiebesluiten aan bij de zorgkantoren. In de regio's Friesland, Drenthe, Zwolle en Flevoland leveren

niet alle RIO's gegevens. In Friesland en Flevoland heeft dit te maken met de invoering van functiegericht indiceren op 1 april jl. Vanaf dat moment moeten de RIO's hun in functies geformuleerde indicatiebesluiten vertalen naar de oude BIO-producten, voordat ze deze besluiten kunnen exporteren naar het zorgkantoor. Veel RIO's ervaren de conversie naar producten als tijdrovend en enkele RIO's hebben ervoor gekozen de prioriteit bij het afhandelen van de aanvragen te leggen, om te voorkomen dat er achterstanden ontstaan. Waar het berichtenverkeer vanuit de zorgaanbieders nog niet voldoende loopt, wordt extra aandacht besteed aan het bevorderen en bewaken van de voortgang.

Ongeveer de helft van de zorgkantoren heeft een actuele lijst van regionale zorginstellingen aangeleverd, zodat bekend is welke zorgaanbieders gegevens moeten aanleveren. Aan de overige zorgkantoren is gevraagd dit voor de meting van 1 oktober te doen. Het eerder geconstateerde verschil tussen de intramurale aanbieders en de thuiszorgorganisaties bestaat nog steeds. Volgens de zorgkantoren heeft nog steeds een groot deel van de thuiszorgorganisaties problemen met een onvoldoende werking van de exportfunctie van hun applicatie.

Dekkingsgraad

De dekkingsgraad is bepaald aan de hand van een extrapolatie van het aantal in 2002 uitgevoerde indicaties in de regio, zoals is opgegeven door de RIO's. Dit wordt vergeleken met de aangeleverde aantallen. Daarnaast wordt er vanuit gegaan dat er ongeveer even veel meldingen aanvang zorg binnenkomen als dat er indicatiebesluiten zijn genomen. De dekkingsgraad is niet exact vast te stellen maar is in veel regio's nog niet optimaal.

De meeste zorgkantoren zijn in gesprek met de RIO's in hun werkgebied om te bepalen of er indicatiebesluiten zijn die niet worden meegenomen in het exportbericht omdat ze niet goed zijn vastgelegd en of de door het zorgkantoor afgekeurde gegevens na verbetering wel opnieuw worden aangeleverd. Het aantal in de eerste helft van dit jaar aangeleverde indicatiegegevens wijkt niet af van die van vorig jaar. Wel is zichtbaar dat in het eerste kwartaal relatief veel indicaties zijn gesteld en er een dip zichtbaar is in het tweede kwartaal. Dit komt overeen met het beeld dat veel RIO's voor de invoering van functiegericht indiceren per 1 april hun werkvoorraden hebben weggewerkt om met een «schone lei» te kunnen beginnen aan de nieuwe wijze van indiceren.

Van de zorgaanbieders leveren met name de thuiszorgorganisaties onvoldoende berichten met meldingen aanvang zorg aan en als ze gegevens aanleveren, is dit zelden volledig. De zorgkantoren kunnen hier weinig invloed op uitoefenen omdat het te maken heeft met beperkingen in de software van de zorgaanbieders.

Kwaliteit

Van de indicatiegegevens is gemiddeld 65% bruikbaar voor het opstellen van een wachtlijst. Net als bij de vorige peilstokmetingen is er nog steeds sprake van een grote spreiding tussen de zorgkantoorregio's onderling.

Van de meldingen aanvang zorg is gemiddeld 81% geschikt om te gebruiken voor het opstellen van een wachtlijst. Ook hier is sprake van variatie in de kwaliteit tussen zorgkantoorregio's onderling, al is de spreiding minder groot dan bij de indicatiebesluiten. Door de zorgaanbieders worden net als bij de RIO's fouten gemaakt met het registreren van de omvang van de geleverde zorg (extra- en semimuraal), maar er worden ook nog steeds fouten gemaakt met het registreren van het RIO-cliëntnummer. De fout die met het cliëntnummer wordt gemaakt is

dat de laatste vier cijfers van het nummer niet overeenkomen met een RIO-code.

Vergeleken met de vorige meting is de kwaliteit van de berichten met indicatiebesluiten iets afgenomen (van 69% naar 65%) en is de kwaliteit van de meldingen aanvang zorg behoorlijk toegenomen (van 74% naar 81%).

Kwaliteit van de wachtlijst

In alle regio's is met de goedgekeurde indicatiebesluiten en meldingen aanvang zorg een wachtlijst gemaakt. Veelal leidt dit tot (veel) te lange wachtlijsten. Dit wordt voor het grootste deel veroorzaakt door het achterblijven van de meldingen thuiszorg. Dit effect is groot omdat er veel meer thuiszorgindicaties worden gesteld dan indicaties voor intramurale zorg, waardoor het merendeel van de geïndiceerden bij het ontbreken van een melding aanvang zorg automatisch (maar onterecht) op de wachtlijst terechtkomen.

Als de thuiszorg buiten beschouwing wordt gelaten zijn echter ook de intramurale wachtlijsten in veel regio's groter dan de realiteit. Er is sprake van een vrij grote mismatch tussen de geregistreerde indicatiebesluiten en meldingen aanvang zorg. Dat wil zeggen dat er meldingen aanvang zorg zijn waarvan het bijbehorende indicatiebesluit niet wordt gevonden. Dit kan de volgende oorzaken hebben:

- het betreffende indicatiebesluit is niet aangeleverd (ook niet door een ander zorgkantoor);
- het betreffende indicatiebesluit is afgekeurd;
- er is een (onterecht) verschil in de waarden van de te matchen gegevens van het indicatiebesluit en de melding aanvang zorg (cliëntnummer, RIO-code, indicatiebesluitnummer, productcode en omvang).

Een nadere analyse is nodig om de oorzaken van de mismatch te onderzoeken en hiervoor een oplossing te bedenken.

Daarnaast is er mogelijk een probleem dat landelijk speelt en dat te maken heeft met de regel dat het laatste indicatiebesluit alle voorgaande besluiten vervangt. In de praktijk werden/worden door RIO's vaak aanvullende besluiten afgegeven als er meer zorg nodig is dan een cliënt al ontvangt. Hierdoor ontstaat in feite een opeenstapeling van geldige indicatiebesluiten. Vanaf 1 april jongstleden wordt de regel gehanteerd dat het meest recente indicatiebesluit alle AWBZ-functies moet bevatten waarop een cliënt op dat moment aanspraak heeft, dus ook de functies waarop de cliënt op grond van een eerder genomen besluit al aanspraak maakte. Dit is een logisch gevolg van het principe van *integrale* indicatiestelling.

Als er nog RIO's zijn die niet volgens deze regel werken, leidt dit tot administratief kortere wachtlijsten (een cliënt staat alleen op de wachtlijst met het product/de producten uit de laatste indicatie). Maar ook aan de kant van de zorgaanbieders kan een probleem ontstaan. Zorgaanbieders dienen op elk indicatiebesluit dat ze krijgen een *volledige* melding aanvang zorg te doen, ook als een deel van de geïndiceerde zorg al wordt gegeven op grond van een eerder besluit. Als ze dat niet doen ontstaan er administratief langere wachtlijsten (een cliënt staat onterecht op de wachtlijst voor een product dat hij/zij al ontving op het moment van de laatste indicatie).

Of en zo ja in welke mate dit probleem zich voordoet, zal blijken uit een vergelijking van de op basis van fase 2 gematchte wachtlijst en de reële wachtlijst waarmee in de regio wordt gewerkt ten behoeve van de zorgtoewijzing en de wachtlijstbemiddeling. In een aantal regio's is zo'n verge-

lijking mogelijk omdat er naast het AZR-systeem nog een andere vorm van wachtlijstregistratie plaatsvindt.

Conclusie

Ten opzichte van de vorige meting is er gemiddeld gezien geen groot verschil in de resultaten. De gemiddelde respons en kwaliteit van de indicatiebesluiten is iets teruggelopen maar voor wat de kwaliteit van de meldingen aanvang zorg betreft, is er sprake van een verbetering. Op individueel zorgkatoorniveau is echter bij de meeste zorgkantoren een kleine verbetering van de respons en/of de kwaliteit zichtbaar. Bij enkele zorgkantoren is sprake van een verslechtering op één of meer van de peilstokonderdelen, die een relatief groot effect hebben op het gemiddelde resultaat.

De bruikbaarheid van fase 2 voor het genereren van een betrouwbare wachtlijst is beter dan vorig jaar. De doelstelling die is gesteld dat eind 2003 in alle regio's op basis van het AZR-systeem een wachtlijst kan worden gemaakt, is echter niet gehaald. In de meeste regio's zijn in meer of mindere mate aanvullende acties nodig om de wachtlijst volledig en betrouwbaar te maken. Dit heeft te maken met (een combinatie van) de volgende factoren:

onvoldoende dekkinggraad en/of kwaliteit van de aangeleverde gegevens;

onvoldoende respons (zorgaanbieders); mismatch tussen de geregistreerde indicatiebesluiten en meldingen aanvang zorg;

overige problemen zoals de vervuiling die optreedt vanwege het overlijden van wachtenden, het toewijzen van PGB's die niet worden gevolgd door een melding aanvang zorg, het bovenregionale berichtenverkeer dat nog onvoldoende tot stand is gekomen en de problematiek rond de «veegbesluiten» (laatste indicatiebesluit vervangt alle voorgaande besluiten).

Hieronder staat een vergelijking met de situatie op 1 november 2002:

	1/11/2002	1/7/2003
geen wachtlijst mogelijk op basis van AZR of ander centraal wachtlijstregistratiesysteem	19	7
wachtlijst op basis van AZR met aanvullende opschoningsacties of combinatie van verschillende registratiesystemen	8	16
wachtlijst op basis van AZR of vergelijkbaar systeem met geen tot weinig aanvullende opschoningsacties	5	9

Peilstok AZR – fase 2

Per Zorgkantoor

Datum	Omschrijving	Landelijk	5 501	5 502	5 503	5 504	5 505	5 506	5 507	5 508	5 509	5 510	5 511	5 512	5 513	5 514	5 515	5 516
			Groningen	Friesland	Drenthe	Zwolle	Twente	Apeldoorn	Arnhem	Nijmegen	Utrecht	Flevoland	Gooi	Noord Holland	Ken- nemerland	Zaanstreek- Waterland	Amsterdam	Amstelland en de Meerlanden
1-apr-02	Aantal RIO's	87	6	3	3	2	3	2	8	2	7	2	1	4	2	2	1	1
	Aantal ZA's		n.b.	88	n.b.	n.b.	67	26	120	88	n.b.	n.b.	35	n.b.	n.b.	n.b.	61	22.
	Respons RIO		0%	100%	0%	0%	100%	50%	88%	50%	100%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	100%
	Respons ZA		n.b.	89%	n.b.	n.b.	90%	88%	64%	89%	n.b.	n.b.	9%	n.b.	n.b.	n.b.	93%	5%
1-jul-02	Kwaliteit IB		0%	52%	0%	0%	90%	93%	67%	0%	68%	0%	94%	0%	0%	0%	97%	61%
	Kwaliteit MAZ		0%	55%	0%	0%	65%	57%	45%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	12%
	Aantal RIO's	87	6	3	3	2	3	2	8	2	7	2	1	4	2	2	1	1
	Aantal ZA's		85	88	n.b.	n.b.	69	n.b.	137	88	128	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	61	22
1-nov-02	Respons RIO		100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	0%	0%	100%	100%
	Respons ZA		26%	90%	n.b.	n.b.	86%	n.b.	71%	56%	7%	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	93%	100%
	Kwaliteit IB		50%	63%	0%	0%	96%	88%	85%	100%	90%	0%	89%	15%	0%	0%	99%	10%
	Kwaliteit MAZ		0%	64%	0%	0%	57%	38%	46%	13%	28%	n.b.	0%	0%	n.b.	3%	74%	46%
1-apr-03	Aantal RIO's	84	6	3	3	2	3	2	8	2	7	2	1	4	2	2	1	1
	Aantal ZA's		2 027	88	65	80	70	48	130	72	143	24	39	77	61	39	59	35
	Respons RIO		100%	n.b.	33%	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	100%	n.b.	50%	n.b.	25%	0%	100%	100%	n.b.
	Respons ZA		90%	n.b.	38%	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	100%	n.b.	13%	n.b.	n.b.	56%	77%	n.b.	n.b.
1-jul-03	Kwaliteit IB		99%	n.b.	2%	0%	n.b.	n.b.	n.b.	100%	n.b.	4%	15%	n.b.	0%	1%	100%	n.b.
	Kwaliteit MAZ		99%	n.b.	0%	0%	n.b.	n.b.	n.b.	100%	n.b.	93%	0%	n.b.	1%	17%	99%	n.b.
	Aantal RIO's	84	6	3	3	2	3	2	8	2	5	2	1	4	2	2	1	1
	Aantal ZA's		1 939	88	62	69	69	48	119	72	143	24	39	52	55	34	61	22
1-jul-03	Respons RIO		100%	100%	67%	100%	100%	n.b.	100%	100%	n.b.	50%	n.b.	100%	100%	100%	100%	100%
	Respons ZA		84%	93%	97%	39%	88%	n.b.	96%	93%	n.b.	50%	n.b.	60%	91%	100%	n.b.	86%
	Kwaliteit IB		69%	100%	0%	0%	99%	n.b.	91%	100%	n.b.	3%	n.b.	96%	0%	1%	100%	9%
	Kwaliteit MAZ		74%	99%	0%	0%	83%	n.b.	81%	100%	n.b.	86%	n.b.	96%	12%	48%	99%	67%
1-jul-03	Aantal RIO's	81	6	3	3	2	3	2	8	2	5	2	1	4	2	2	1	1
	Aantal ZA's		1 958	90	59	60	72	48	131	72	143	16	39	72	56	31	66	22
	Respons RIO		93%	100%	33%	50%	100%	n.b.	100%	100%	n.b.	50%	n.b.	100%	100%	100%	100%	100%
	Respons ZA		80%	91%	64%	67%	100%	n.b.	100%	96%	n.b.	81%	n.b.	89%	50%	87%	79%	100%
1-jul-03	Kwaliteit IB		65%	100%	1%	0%	99%	n.b.	93%	100%	n.b.	5%	n.b.	100%	2%	3%	99%	7%
	Kwaliteit MAZ		81%	100%	24%	0%	89%	n.b.	84%	100%	n.b.	93%	n.b.	99%	80%	74%	97%	69%

Opmerkingen n.b.= niet beschikbaar (geen gegevens aangeleverd)
 Het aantal RIO's is incl. dependances

Peilstok AZR – fase 2

Per Zorgkantoor

Datum	Omschrijving	landelijk	5 517	5 518	5 519	5 520	5 521	5 522	5 523	5 524	5 525	5 526	5 527	5 528	5 529	5 530	5 531	5 532
1-april-02	Aantal RIO's	87	3	3	2	1	2	1	4	2	4	3	1	2	3	2	4	1
	Aantal ZA's		59	76	n.b.	29	81	17	n.b.	39	62	n.b.	43	74	61	44	67	n.b.
	Respons RIO		100%	100%	n.b.	100%	50%	0%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	75%	100%
	Respons ZA		2%	95%	n.b.	76%	1%	6%	n.b.	77%	77%	n.b.	65%	72%	84%	91%	28%	n.b.
1-jul-02	Kwaliteit IB		61%	0%	0%	39%	0%	0%	0%	59%	20%	0%	25%	25%	2%	56%	51%	57%
	Kwaliteit MAZ		44%	1%	0%	79%	0%	1%	0%	41%	0%	0%	0%	0%	98%	92%	97%	0%
	Aantal RIO's	87	3	3	2	1	2	1	4	2	4	3	1	2	3	2	4	1
	Aantal ZA's		59	76	20	29	81	17	n.b.	39	62	89	43	72	62	45	67	21
1-nov-02	Respons RIO's		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	33%	100%	100%	100%	100%	75%	100%
	Respons ZA		100%	100%	100%	9%	82%	n.b.	n.b.	97%	95%	17%	81%	99%	100%	100%	31%	100%
	Kwaliteit IB		32%	0%	0%	23%	1%	0%	n.b.	55%	17%	96%	100%	96%	53%	99%	57%	0%
	Kwaliteit MAZ		65%	0%	0%	20%	0%	0%	n.b.	49%	3%	94%	36%	73%	30%	96%	15%	26%
1-april-02	Aantal RIO's	84	3	3	2	1	2	1	4	2	4	3	1	2	3	2	4	1
	Aantal ZA's	1958	59	86	24	28	83	17	38	49	71	90	51	77	77	51	86	21
	Respons RIO		100%	100%	n.b.	100%	0%	0%	n.b.	100%	n.b.	100%	100%	100%	n.b.	100%	n.b.	100%
	Respons ZA		84%	97%	n.b.	93%	n.b.	n.b.	n.b.	71%	n.b.	91%	100%	100%	n.b.	100%	n.b.	100%
1-jul-02	Kwaliteit IB		69%	97%	99%	83%	1%	95%	n.b.	59%	n.b.	100%	100%	93%	n.b.	99%	n.b.	89%
	Kwaliteit MAZ		74%	95%	90%	18%	53%	95%	n.b.	78%	n.b.	100%	100%	99%	n.b.	99%	n.b.	99%
	Aantal RIO's	84	3	3	2	1	2	1	4	2	4	3	1	2	3	2	3	1
	Aantal ZA's	1958	59	87	29	25	82	17	38	39	71	87	50	77	77	51	85	21
1-jul-02	Respons RIO		100%	100%	100%	100%	100%	100%	n.b.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Respons ZA		86%	98%	100%	92%	100%	100%	n.b.	85%	35%	93%	92%	100%	42%	100%	51%	100%
	Kwaliteit IB		31%	97%	99%	83%	1%	95%	n.b.	63%	100%	83%	100%	92%	100%	100%	99%	92%
	Kwaliteit MAZ		62%	95%	90%	18%	53%	95%	n.b.	86%	99%	32%	100%	100%	93%	100%	97%	85%
1-jul-02	Aantal RIO's	93%	3	3	2	1	2	1	1	2	4	3	1	2	3	2	3	1
	Aantal ZA's	1958	59	83	24	28	83	17	35	39	63	92	50	79	78	52	90	21
	Respons RIO		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Respons ZA		80%	88%	100%	82%	65%	100%	6%	85%	63%	21%	90%	100%	54%	100%	62%	100%
1-jul-02	Kwaliteit IB		65%	33%	45%	100%	0%	55%	100%	100%	100%	100%	100%	88%	100%	100%	97%	84%
	Kwaliteit MAZ		81%	97%	94%	41%	55%	94%	100%	92%	100%	96%	100%	100%	96%	100%	97%	93%

Opmerkingen n.b.= niet beschikbaar (geen gegevens aangeleverd)
 Het aantal RIO's is incl. dependances