



De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk DLZ/KZ-2801832	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp 13de Voortgangsrapportage mAWBZ		Bijlage(n) 1	Uw brief

Met deze brief zend ik u de dertiende voortgangsrapportage over de voortgang van de deeltrajecten van het groot project modernisering AWBZ in de periode van 1 januari t/m 30 juni 2007.

1. Inleiding

In deze paragraaf geef ik kort een terugblik op de ontwikkelingen bij de oorspronkelijke doelstellingen van de modernisering AWBZ.

In de herziene projectomschrijving, zoals die op 17 juli 2001 (TK 2000-2001, 26631, nr. 13) aan uw Kamer is gezonden, wordt de modernisering AWBZ als volgt beschreven: "In essentie betekent de modernisering van de AWBZ het maken van de omslag van aanbod naar vraagsturing door het in de AWBZ in de reguliere structuur opnemen van de persoonsgebonden bekostiging naast de zorg in natura en het ten behoeve van die omslag versterken van de uitvoering en het beheersinstrumentarium zodat de geïndiceerde zorg doelmatig kan worden geleverd."

De hoofddoelstelling van het groot project modernisering AWBZ is een afgeleide daarvan. In de projectomschrijving is de hoofddoelstelling vertaald in de volgende drie subdoelstellingen:

- de klant moet centraal gesteld worden in het nieuwe systeem.
- er moet een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling komen voor alle AWBZ-sectoren.
- er moet een betere afstemming tussen zorgaanbod en zorgvraag komen.

Voortgang

Om de doelstelling van het groot project te realiseren zijn op veel terreinen activiteiten ontwikkeld en in gang gezet. Een zeer groot deel daarvan is inmiddels afgehandeld; hierover heb ik u eerder een overzicht gestuurd (zie bijlage 1.2 bij de 12^{de} voortgangsrapportage, TK 2006-2007, 26631, nr. 207h).

De cliënt moet centraal gesteld worden in het nieuwe systeem

... Mijn ambitie is de cliënt een duidelijk sturende rol in het zorgproces te geven. Tegelijkertijd vind ik het van belang dat hierbij wel ruimte is voor dialoog met de professional, maar geen ruimte voor puur calculerend gedrag van mensen. Binnen de AWBZ

zijn de afgelopen periode verschillende stappen gezet en activiteiten in gang gezet om dit proces te faciliteren.

Met de invoering van de zorgzwaartebekostiging wordt de zorg en ondersteuning geïndiceerd en gefinancierd op basis van de behoefte en zorgzwaarte van de individuele cliënt. Dat is een belangrijke stap naar cliëntvolgende financiering, naast het al bestaande persoonsgebonden budget. Door dit in zorgpakketten vast te leggen is er een zekere bandbreedte waarbinnen cliënt en professional met elkaar kunnen overleggen over de invulling van deze zorg. Het zorgplan moet een handvat bieden om deze zorgpakketten in onderling overleg naar de individuele situatie van de cliënt te vertalen. Een algemene maatregel van bestuur onder de Kwaliteitswet is in voorbereiding die vastlegt dat voor iedere cliënt binnen zes weken na 'in zorgneming' een zorgplan opgesteld moet zijn in onderling overleg.

Om cliënten zo min mogelijk te belasten met onnodige en overbodige administratieve lasten wordt in de hele zorgketen gekeken waar deze kunnen worden ingeperkt.

De rechten van cliënten zijn in diverse artikelen van wet- en regelgeving vastgelegd (kwaliteitswet, klachtwet, etc.). Deze versnippering van rechten zal worden gebundeld en worden verankerd in een op te stellen Wet Kwaliteit en zorg. Hierdoor wordt de positie van cliënten transparant en versterkt. Aan het eind van dit jaar wordt u nader over deze voornemens geïnformeerd.

Ik constateer dat in toenemende mate cliëntraadpleging aan de orde is. Alle instellingen verrichten een periodieke cliëntraadpleging. De uitkomsten van cliëntraadplegingen worden geëvalueerd, waar nodig en mogelijk worden verbeteringen aangebracht. Cliëntraadpleging maakt ook een onderdeel uit van de indicatoren voor verantwoorde zorg in de verschillende sectoren. Steeds vaker wordt in beleidsontwikkelingen gevraagd naar de mening van cliënten. Zo is als voorwaarde gesteld dat cliënten hun visie moeten geven op bouwplannen van zorgaanbieders. Bij alle instellingen fungeren cliëntenraden. Steeds vaker raadplegen zorgkantoren patiënten- en cliëntenorganisaties.

Om patiënten/cliënten een nog sterkere rol te geven in het krachtenveld van de AWBZ (zorgaanbieder, zorgkantoor, zorgverzekeraar, overheden en maatschappelijke organisaties) moeten de patiënten/cliëntenorganisaties zich ontwikkelen tot een krachtige partij. Vanuit het Fonds PGO¹ zijn hiervoor financiële middelen beschikbaar.

Er moet een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling komen voor alle AWBZ-sectoren

Met de ombouw van regionale indicatieorganen naar het landelijk bureau CIZ en het vaststellen van beleidsregels indicatiestelling is een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling gerealiseerd. Op deze manier wordt georganiseerd dat de AWBZ toegankelijk is voor de meest kwetsbare cliënten en dat dit op een eenduidige manier gebeurt. Dit moet echter niet leiden tot een onnodige bureaucrativering van het toelatingsproces. De komende tijd zal vooral gewerkt moeten worden aan het verder terugdringen van wachttijden en bureaucratie, moet gekeken worden of en hoe de productie nog verder kan worden

¹ Zie brief d.d. 23 juli 2007 over de versterking van patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (TK 2006-2007, 29214, nr. 24).

opgevoerd, en moet gezien worden waar verdere vereenvoudiging mogelijk is. Wat dit laatste betreft kan als voorbeeld worden genoemd de te starten pilots 'indicatiestelling door huisarts en/of wijkverpleegkundige'. Over de pilots indicatiestelling heb ik u 12 oktober 2007 bericht.

Er moet een betere afstemming tussen zorgaanbod en zorgvraag komen

Doordat de mening van de cliënt op steeds meer terreinen gevraagd wordt, kan de zorgaanbieder zijn zorgaanbod steeds meer richten op de vraag van de cliënt.

In het programma Zekere Zorg zijn goede ervaringen opgedaan met het maken van afspraken met de zorgaanbieder over specifieke behandelingen en afspraken met de zorgverzekeraar over het aanbieden van specifieke zorgpolissen.

Om duidelijk in beeld (transparantie) te krijgen hoe de doorstroom in het zorgtraject is, is een goede registratie (AZR) nodig. Dit vraagt van alle betrokken partijen een goede en snelle verwerking en uitwisseling van gegevens over de indicatiestelling, de zorgtoewijzing, de levering van zorg. Wijzigingen en aanpassingen in de AWBZ-keten (bijvoorbeeld bij de indicatiestelling) vereisen eveneens aanpassingen van het AZR-systeem, wat vertragingen bij de registratie oproept. Zie hiervoor verder paragraaf 3 van deze voortgangsrapportage.

Door de invoering van de zorgzwaartebekostiging en de formulering van de indicatiestelling in termen van zorgzwaartepakketten is het mogelijk om het zorgaanbod aan te passen aan de door de cliënt benodigde zorg en ondersteuning. De mate waarin hij/zij zorg en ondersteuning nodig heeft, bepaalt het aanbod daarvan.

De hierboven genoemde drie subdoelstellingen zijn uitgewerkt in een aantal thema's: indicatiestelling, AWBZ-brede zorgregistratie, persoonsgebonden budget, zorgzwaartefinanciering, versterking verzekeringskarakter en toelating zorgaanbod. Over deze thema's wordt in de voortgangsrapportages gerapporteerd. Op uw verzoek wordt ook over 'scheiden wonen zorg' in de voortgangsrapportages verslag gedaan.

In de hiernavolgende paragrafen geef ik bij deze thema's de voortgang in de verslagperiode weer.

2. Indicatiestelling

Doelstelling: een onafhankelijke, objectieve en uniforme (geprotocolleerd, professioneel) indicatiestelling voor de AWBZ.

In lijn met de door Van der Veen c.s. ingediende motie (TK 2006-2007, 30800 XVI, nr. 73) om te komen tot een eenvoudige en eenduidige indicatiestelling voor de AWBZ is mijn beleid er nu met name op gericht om overbodige bureaucratie in de indicatiestelling te bestrijden en de dienstverlening aan individuele cliënten te verbeteren. Ik heb u daarover bij brief van 29 mei 2007 (TK 2006-2007, 30800 XVI, nr. 145) bericht. De daarin aangekondigde pilots zijn gestart of in voorbereiding.

In dat verband is ook het Kader integraal indiceren² van belang, evenals de initiatieven in het kader van Uitvoering Goed Geregeld (zie brief van 28 augustus jl. (TK 2006-2007, 30597, nr. 12).

² Voor de indicatietrajecten van jeugdzorg, AWBZ-zorg en (voortgezet) speciaal onderwijs is het Kader integraal indiceren vastgesteld. Hierin is geregeld dat indicatieorganen afspraken maken over cliëntroute, trajectbegeleiding, informatie-uitwisseling en consultatie. Zie de brief van 21 november 2006 (TK 2005-2006, 29284 en 29815, nr. 23).

De implementatie van het Kader integraal Indiceren is in volle gang. Eind 2009 zullen in de sectoren onderwijs, jeugdzorg en AWBZ-zorg alle regionale indicatieorganen werken conform dit kader. Sinds 4 juli 2007 ligt er een intentieverklaring van het ministerie van VWS, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), Centraal Administratiekantoor (CAK) en zorgkantoren met afspraken hoe de komende twee jaar verder te werken aan (betere) communicatie met burgers in de AWBZ-keten in de vorm van heldere en duidelijke informatie.

Een ander initiatief, in het kader van Uitvoering Goed Geregeld, is de website www.regelhulp.nl met geïntegreerde informatie over voorzieningen in de zorg en sociale zekerheid. In het najaar draait deze site proef in enkele gemeentes. Vanaf 2009 zal Regelhulp in meer regio's worden uitgerold.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voert sinds 1 januari 2005 de indicatiestelling AWBZ uit.

Het wetsvoorstel waarin de status van het CIZ wordt vastgelegd, is aanhangig bij de Tweede Kamer (TK 2006-2007, 30926, nrs. 1-4). Bij brief van 21 mei 2007 (TK 2006-2007, 30926, nr. 5) heb ik de Staten-Generaal verzocht tot aanhouding van het wetsvoorstel in verband met vereenvoudiging van de indicatiestelling die ik in gang heb gezet.

Het CIZ is erin geslaagd om de eerste ingrijpende herinrichting van het werkproces, in verband met de overheveling per 1 januari 2007 van de huishoudelijke verzorging naar de Wmo, met succes door te voeren. Tegelijkertijd vereiste de start per 1 juli 2007 van de indicatiestelling in termen van een zorgzwaartepakket, bij een aanspraak op verblijf, een intensieve voorbereiding van het CIZ. Inmiddels is dit ook goed geïmplementeerd in het werkproces.

Mantelzorg en respijtzorg

Het CIZ stelt een indicatie voor de AWBZ-zorg waarop verzekerde aanspraak heeft. Mantelzorg die valt binnen de AWBZ wordt door het CIZ in beeld gebracht en meegenomen in de aanspraak van verzekerde (en opgenomen in de besluitbrief), tenzij verzekerde aangeeft dat hij daar geen indicatie voor wenst. Mantelzorg wordt door het CIZ dus niet standaard in mindering gebracht op die aanspraak, maar alleen als verzekerde dat wenst. In termen van respijtzorg betekent dit dat de mantelzorger de mogelijkheid houdt om ontlast te worden door een professional, voor zover het mantelzorg betreft die valt binnen de AWBZ-aanspraak.

Beleidsregels

De beleidsregels indicatiestelling AWBZ, vastgesteld op grond van artikel 11 van het zorgindicatiebesluit en van kracht per 1 april 2007, zijn door het CIZ geïmplementeerd in het werkproces.

Productie indicatiestelling

In de eerste helft 2007 zijn er 492.209 aanvragen in behandeling genomen. Ten aanzien van 443.124 aanvragen is een positief besluit genomen; de resterende 49.085 aanvragen zijn afgebroken of vervallen, of er is een negatief besluit genomen.

Vergeleken met de eerste helft van 2006, waarin over 464.292 aanvragen positief is besloten, is het aantal positieve AWBZ-besluiten in de eerste helft 2007 gedaald. Deze daling is het gevolg van het in 2007 niet meer meetellen van de aanvragen voor huishoudelijk hulp.

De doorlooptijd blijft een serieus aandachtspunt voor het CIZ.

VWS

De daling die zich eind 2006 aftekende in de categorie indicatieaanvragen met > 6 weken doorlooptijd is in de eerste helft van 2007 niet doorgezet, in tegendeel. Tegelijk is de categorie indicatieaanvragen met 0-2 weken doorlooptijd afgenomen in het eerste half jaar 2007.

Deze verslechtering van de doorlooptijden staat in directe relatie met de sterk toegenomen werkvoorraad in het eerste kwartaal 2007. Waren er eind december 2006 nog 44.513 openstaande aanvragen, eind maart 2007 lag dat aantal op 67.660 openstaande aanvragen. Daarbij speelde niet alleen een rol het omzetten bij het CIZ van het primaire bedrijfsproces van alle vestigingen op hetzelfde softwaresysteem. Met name van belang waren ook de veranderingen binnen de AWBZ zoals de overheveling van de huishoudelijke zorg naar de Wmo, het registreren van de mantelzorg in het indicatiebesluit en de voorbereiding op de indicatiestelling in termen van zorgzwaartepakketten. Ik heb u daarover eerder geïnformeerd bij gelegenheid van het Algemeen Overleg van 31 mei 2007 (TK 2006-2007, 26631/30597, nr. 216).

Inmiddels is het CIZ er in geslaagd de werkvoorraad terug te brengen naar 47.617 openstaande aanvragen eind juni 2007. Hiervan betreft het in 17% van de gevallen aanvragen die langer dan 6 weken op een reactie moeten wachten; bij deze aanvragen gaat het in 75% van de gevallen om herindicaties.

Gezien de sterke daling van de werkvoorraad in het tweede kwartaal wordt verwacht dat in het derde kwartaal 2007 het percentage indicaties met een doorlooptijd > 6 weken lager zal zijn. Ook heeft het CIZ de bedrijfsprocessen inmiddels zo ingericht dat ontwikkelingen in de doorlooptijden beter gevolgd kunnen worden zodat hierop directer kan worden gestuurd. Onderstaande tabel laat de gemiddelde doorlooptijd van indicatieaanvragen per kwartaal zien.

Afhandelings- termijn aanvragen	1 ^e kwartaal 2006	2 ^e kwartaal 2006	3 ^e kwartaal 2006	4 ^e kwartaal 2006	1 ^e kwartaal 2007	2 ^e kwartaal 2007
0-2 weken	64%	62%	62%	64%	59%	56%
2-4 weken	16%	17%	15%	16%	14%	14%
4-6 weken	8%	9%	9%	9%	10%	10%
>6 weken	12%	12%	14%	11%	17%	20%
TOTAAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

3. AWBZ brede zorgregistratie (AZR)

Doelstelling: het realiseren van een uniforme systematiek voor het uitwisselen van informatie tussen de ketenpartners in de AWBZ: de indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders.

Deze systematiek ondersteunt het proces van zorgtoewijzing, wachtlijstbeheer en zorginkoop door het zorgkantoor. Het zorgkantoor wordt het regionale informatieknooppunt en levert wachtlijstinformatie aan het landelijke verzamelpunt (het CVZ).

Naar aanleiding van vragen in uw brief d.d. 25 juni jl. (07-VWS-B-061) geef ik in deze paragraaf een uitvoerige uiteenzetting van de zorgregistratie. Kort schets ik de ontstaansgeschiedenis van de AZR, het doel, de noodzakelijke doorlooptijd van het

VWS

groeitraject dat de AZR doormaakt, en de dilemma's die zich hierbij voordoen. De gestelde vragen heb ik geschaard onder de volgende thema's:

- beschrijving van de AZR
- gebruik van de AZR
- wachtlijsten
- ultieme vulling AZR
- non-indicaties
- wettelijke regeling AO/IC
- verder ontwikkelen van de AZR
- financiën
- AZR niet meer weg te denken.

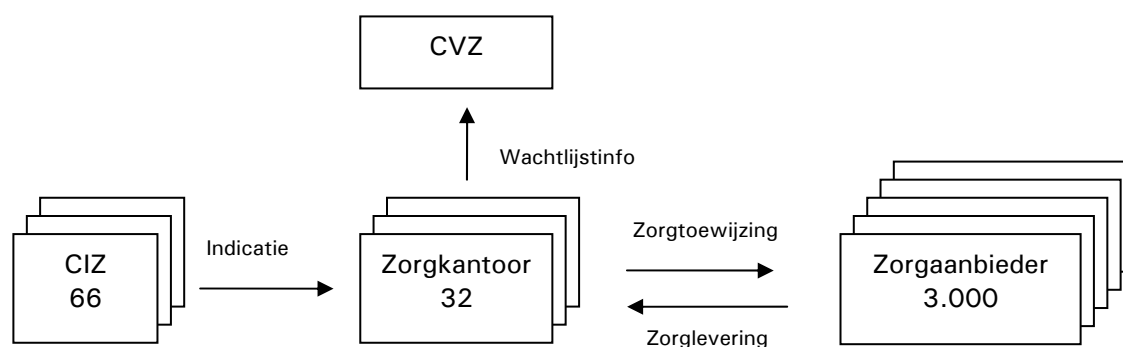
Beschrijving van de AZR

Wat is het doel van de AZR?

De AZR heeft als doel het digitaal en gestandaardiseerd uitwisselen van gegevens tussen de (66) indicatieorganen, (32) zorgkantoren en (\pm 3.000) zorgaanbieders. Het gaat dus om het verbeteren van de communicatie tussen een zeer groot aantal organisaties.

De gegevens zijn nodig voor de indicatiestelling, de zorgtoewijzing, de levering van zorg en het inzichtelijk maken van de doorstroom in de keten. Dit levert een bijdrage aan het verminderen van de wachtlijsten. Deze processen zijn bij uitstek gericht op de cliëntlogistiek in de keten. Alle gegevens lopen via het zorgkantoor, dat fungeert als informatieknooppunt in elke regio. Periodiek sturen de zorgkantoren gegevens aan het CVZ ten behoeve van de jaarlijkse wachtlijstrapportage.

Sterk vereenvoudigd, ziet het AZR model er als volgt uit:



Waaruit bestaat de AZR?

De AZR is in essentie een set van afspraken over de te hanteren taal (definities) in de keten en de wijze waarop met deze taal wordt gecommuniceerd: via het uitwisselen van gestandaardiseerde en daardoor begrijpelijke berichten. Elk bericht bevat een set van noodzakelijke gegevens, die hoort bij de positie in de keten. Voor elk bericht is een zogeheten berichtenstandaard gemaakt.

Aanvullend hierop kent de AZR nog bedrijfsregels. Deze hebben als doel het bevorderen van uniforme werkwijzen in de dagelijkse praktijk bij de ketenpartners.

Als er veranderingen nodig zijn in de taal, de berichtenstandaarden en de bedrijfsregels, dan worden de AZR-specificaties, na overleg met alle ketenpartners, aangepast en is er sprake van een nieuwe release. Recentelijk is release 2.1 in gebruik genomen. Deze is ingericht op

VWS

de verwerking van indicaties in termen van functies en klassen. De zorgzwaartepakketten worden tijdelijk vertaald (vertaaltabel) naar de onderliggende functies en klassen.

Is de AZR één systeem?

Het ligt voor de hand te denken dat de AZR één systeem (één softwareprogramma of applicatie, één database) zou zijn. Dat is nadrukkelijk niet het geval; het gaat om een groot aantal applicaties en databases. De indicatieorganen hebben sinds kort één applicatie met 16 databases, de zorgkantoren beschikken over acht applicaties met 32 databases; bij de zorgaanbieders zijn ongeveer twintig applicaties en een veelvoud aan databases. Er is een twintigtal softwareleveranciers bij de AZR betrokken; zij zorgen er in eerste instantie voor dat de applicaties bij de ketenpartners worden aangepast conform de landelijke AZR-specificaties.

De AZR doet geen uitspraak over de te gebruiken applicatie(s); daarin is men vrij. De ketenpartners zijn wel gebonden aan de landelijke AZR-specificaties. Als iedereen zich daaraan houdt, is het uitwisselen van gegevens tussen de diverse systemen mogelijk. Als ergens een systeem niet op orde is, dan is dat de verantwoordelijkheid van de betreffende partij. VWS heeft bewust niet gekozen voor één systeem. Niet alleen was daar absoluut geen draagvlak voor, ook wil VWS niet treden in de verantwoordelijkheid van de ketenpartners voor de eigen bedrijfsvoering. Het gaat immers om zelfstandige organisaties.

Ontstaan van de AZR

In de jaren vóór de AZR (1998-2002) was er sprake van een aanzienlijke wachtlijstproblematiek. Onder de regie van een 'taskforce wachtlijsten' is destijds elk jaar een wachtlijstinventarisatie uitgevoerd. Daartoe werden gegevens opgevraagd bij de circa 3.000 zorgaanbieders. Het verwerken van deze gegevens was een tijdrovende, arbeidsintensieve en dientengevolge kostbare operatie. Resultaat was een jaarlijkse momentopname van de wachtlijst.

Gaandeweg ontstond de behoefte aan een meer continu inzicht in de ontwikkeling van de wachtlijst. Bovendien was het van belang dat het samenstellen van de wachtlijst minder bewerkelijk werd. Het idee ontstond dat 'als het ware met één druk op de knop' een landelijke wachtlijst gegenereerd zou moeten kunnen worden. De frequentie kon dan worden opgevoerd van één maal per jaar naar één maal per kwartaal.

Dit heeft geleid tot het AZR-model. Dit model houdt in dat alle informatie die hoort bij het primaire proces van indiceren, toewijzen en leveren van zorg aan de cliënt is gedigitaliseerd en gestandaardiseerd. De wachtlijst als zodanig hoeft niet meer te worden bijgehouden, want deze is een afgeleid gegeven en wordt bepaald door het verschil te nemen tussen de geïndiceerde en de geleverde zorg. Immers, als een cliënt (een deel van) de zorg niet verzilverd, wordt hij (voor dat deel) als wachtend aangemerkt. Op basis van dit principe is het mogelijk de ontwikkeling van de wachtlijst te volgen, zowel regionaal als landelijk.

Groeimodel van de AZR

De AZR is gefaseerd ontwikkeld en ingevoerd; dit gaat gepaard met zogeheten releases. Schematisch ziet het groeimodel van de AZR er als volgt uit.

Periode	Fase	Toepassingsmogelijkheden AZR	Wachtlijsten
< 2002	Nog geen AZR	N.v.t.	Bij zorgaanbieders, jaarlijks
2002-2004	Ontwikkelen AZR	N.v.t.	Bij zorgaanbieders, jaarlijks
2004-2006	Invoering en gebruik van	<ul style="list-style-type: none"> Indiceren, zorg toewijzen en zorg leveren (beperkt) 	Vanaf 2006 bij zorgkantoren,

	release 1	<ul style="list-style-type: none"> • Beleidsinformatie: vraagontwikkeling • Cliëntlogistiek • Kinderziektes 	jaarlijks
2007-2008	Invoering en gebruik van release 2.1	<ul style="list-style-type: none"> • Indiceren, zorg toewijzen en zorg leveren • Beleidsinformatie: vraagontwikkeling • Zorgzwaartepakketten • Cliëntlogistiek • Verbeterde versie 	Bij zorgkantoren, jaarlijks
2007-2008	Consolidatie en kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"> • Verbeteren gebruik AZR bij zorgaanbieders • Verbeteren inhoudelijke kwaliteit 	Bij zorgkantoren, jaarlijks
2008-2009	Invoeren en gebruik van release 3	<ul style="list-style-type: none"> • Duurzaam inpassen zorgzwaartepakketten • Declareren in zorgzwaartepakketten • Cliëntlogistiek + bekostigen 	Bij zorgkantoren, elk kwartaal
> 2009	Nog niet bepaald		

Ter toelichting: belangrijkste trend is dat release 1 en 2.1 gericht zijn op de logistiek van de cliënt in de keten. Met de komst van release 3 wordt daar de bekostiging van zorg aan toegevoegd. Tussentijds moet de AZR een kwaliteitsslag ondergaan.

Wat de wachtlijsten betreft, heeft in 2006 een belangrijke verandering plaatsgevonden in de manier van verzamelen van gegevens. Werden voorheen de wachtlijstgegevens opgevraagd (sprokkelen) bij de 3.000 zorgaanbieders, met ingang van 2006 worden de gegevens opgevraagd (genereren) bij de 32 zorgkantoren. De nieuwe werkwijze is aanzienlijk efficiënter; tevens gaat de frequentie opgevoerd worden (wachtlijstmonitor).

Waarom duurt het invoeren van de AZR zo lang?

Ten eerste speelt de schaal van de AZR een belangrijke rol. Het gaat om het aan elkaar knopen van honderden softwaresystemen. Bovendien zijn er zo'n 3.000 organisaties bij betrokken. Het doorvoeren van veranderingen bij zoveel partijen gaat nu eenmaal traag, omdat de invoering van de AZR in veel gevallen effect heeft op interne bedrijfsvoering. Positief is dat er in het algemeen sprake is van een harmonisatie van de bedrijfsprocessen bij de ketenpartners. Dit bevordert het functioneren van de keten als zodanig.

Een ander belangrijk aspect is dat van de duidelijkheid en zekerheid. Via de AZR wordt de informatie verwerkt die nodig is voor de processen, zoals de indicatiestelling, zorgtoewijzing en bekostiging. In die zin is de AZR altijd volgend op de beleidsontwikkeling. Daarbij spelen vragen zoals: hoe willen we dat de indicatiestelling verloopt; op welke eenheden gaan we bekostigen: functies en klassen of bijvoorbeeld zorgzwaartepakketten; hoe definiëren we de zorgzwaartepakketten? Het proces van beleidsontwikkeling heeft soms een onvoorspelbaar verloop. Doorgaans duurt het lang eer de te volgen koers helemaal is uitgekristalliseerd en veilig gesteld.

Voorspelbaarheid en stabiliteit is echter wel randvoorwaardelijk voor het ontwikkelen van de AZR. Het aanpassen van de AZR brengt nu eenmaal met zich mee dat ketenpartners (en

softwareleveranciers) investeringen moeten doen en die pleegt men pas als de AZR-specificaties kristalhelder zijn, stabiel en formeel zijn vastgesteld. De noodzaak van duidelijkheid in combinatie met zekerheid, maakt dat het implementeren van de AZR een noodzakelijke doorlooptijd heeft.

Een derde aspect heeft betrekking op prikkels, die moeten leiden tot gewenst gedrag. Elke partij maakt voor zichzelf de afweging: wat moet ik voor de AZR doen en wat levert mij dat op? Dat is een volkomen zakelijke en legitieme afweging. Wat de AZR betreft zijn de prikkels voor (een deel) van de zorgaanbieders niet sterk genoeg gebleken. Alle zorgaanbieders maken gebruik van de zorgtoewijzingsfunctie in de AZR, maar tonen onvoldoende discipline bij het melden van de geleverde zorg en het melden van het beëindigen van zorg.

De vraag is nu: hoe kunnen de prikkels die moeten leiden tot een beter gebruik van de AZR worden versterkt en hoe is de handhaving georganiseerd?

De zorgaanbieder en het zorgkantoor zijn in eerste instantie aan zet. Zij hebben contractafspraken gemaakt over het gebruik van de AZR. Als een van beide partijen zijn verplichtingen niet nakomt, kan tot maatregelen worden overgegaan. Welke dit zijn, staat in het contract. In de regeling AO/IC voor AWBZ zorgaanbieders (valt onder de WMG) staat dat de zorgaanbieders moeten voldoen aan de AZR-specificaties. Daarmee is de AZR geen vrijblijvende zaak meer. Bij de zorgaanbieder voert de accountant elk jaar een toets uit in het kader van de jaarverantwoording. Hij toetst onder meer of de administratie voldoet aan de AO/IC eisen; daarmee is tevens een controle op het gebruik van de AZR ingebouwd. De jaarverantwoordingen worden ingediend bij de NZa. Op basis van de bevindingen kan de NZa overgaan op het toepassen van sancties zoals vermeld in de WMG.

De verwachting is dat de prikkels voor de zorgaanbieders zeker sterk genoeg zullen zijn vanaf het moment dat de AZR een rol krijgt bij het bekostigen van zorg. In ieder geval moet met ingang van 2009 de (intramurale) zorgzwaartebekostiging plaatsvinden op declaratiebasis via de AZR.

Het gebruik van AZR bij zorgaanbieders

In hoeverre is release 2.1 daadwerkelijk per 1 juli bij de zorgverleners operationeel?

Op 1 maart zijn alle indicatieorganen en zorgkantoren overgegaan op release 2.1. Enkele weken later is ongeveer 70% van 3.000 zorgaanbieders op de AZR aangesloten. Op 1 juli jl. is gebleken dat, een enkele uitzondering daargelaten, alle zorgaanbieders de release 2.1 van de AZR in gebruik hebben genomen.

Welk percentage van de 3.000 zorgaanbieders gebruikt de AZR thans optimaal?

De indicatiebesluiten (ongeveer 1 miljoen stuks per jaar) worden via de AZR door de zorgkantoren elektronisch toegewezen aan de zorgaanbieders. Alle zorgaanbieders maken hier gebruik van, dus dit werkt naar behoren. Bij ongeveer 65% van de indicatiebesluiten melden de zorgaanbieders op tijd dat de zorg geleverd wordt. Bij ongeveer 35% van de indicatiebesluiten vindt geen of geen tijdige afmelding plaats. Deze indicatiebesluiten blijven 'open' staan, waardoor de wachtlijst-informatie onvoldoende betrouwbaar is. Van deze 35% is thans bekend dat ongeveer 1/3 deel onterecht open staat. Van het resterende 2/3 deel is nog niet bekend wat de verhouding terecht/onterecht in werkelijkheid is. Een aanvullende analyse van de wachtlijstgegevens is ook dit jaar noodzakelijk.

In welke (deel)sectoren zijn de 'nalatige' aanbieders eigenlijk werkzaam?

Van ongeveer 35% van de cliënten melden de zorgaanbieders de geleverde zorg niet of niet op tijd via de AZR bij het zorgkantoor. Exacte cijfers zijn momenteel niet voorhanden, maar

het gros betreft cliënten die extramurale zorg krijgen. Toch worden ook teveel intramurale cliënten niet tijdig in zorg gemeld. De aanvullende analyse van de wachtlijstgegevens moet meer specifieke informatie opleveren over het type zorgaanbieder.

Wanneer zijn de problemen van 'dubbele cliënten' en van indicaties die 'open blijven staan' omdat de zorgverleners de geleverde zorg niet bij het zorgkantoor afmelden opgelost?

Hoewel het leeuwendeel (de indicatiebesluiten, de zorgtoewijzing en 65% van de zorglevering) van de gegevens in de AZR op orde is, moet de inhoudelijke kwaliteit van de gegevens significant verbeteren. Belangrijkste manco's in de AZR zijn de indicaties die open blijven staan (onbetrouwbare wachtlijsten) en dubbele cliënten. Het bestaan van dubbele cliënten is een logisch gevolg van het feit dat er een veelvoud aan databases bestaat, waarin dezelfde cliënt onder wisselende registratienummers is vastgelegd. Met de AZR worden deze 'eilandadministraties' met elkaar verbonden teneinde het aantal dubbele cliënten terug te dringen. Op termijn moet de invoering van het burgerservicenummer (BSN) dit probleem oplossen. In de regio Friesland wordt momenteel een pilot uitgevoerd voor het invoeren van het BSN in de AZR.

VWS heeft het CVZ gevraagd een kwaliteitsmonitor te ontwikkelen met bijhorende kwaliteitscriteria voor de AZR. De monitor wordt per 1 oktober 2007 ingevoerd en wordt elk kwartaal geactualiseerd. De hoofdthema's van de monitor zijn: tijdigheid, volledigheid en juistheid van de gegevens in de AZR. De kwartaalrapportages van de monitor moeten laten zien of de gewenste trends zich voordoen. In de kwaliteitsmonitor van het CVZ is ook een indicator opgenomen, die aangeeft of de zorgaanbieders de geleverde zorg tijdig melden bij het zorgkantoor. Met de ketenpartners worden afspraken gemaakt over de termijn die nodig is om te voldoen aan de kwaliteitscriteria.

Wachtlijsten

Wanneer komt betrouwbare wachtlijst informatie uit een 'optimale' AZR beschikbaar? In de zomer van 2007? Voor alle deelsectoren?

Alle zorgkantoren hebben hun wachtlijstgegevens uit het AZR gestuurd naar het CVZ. Aan de hand daarvan heeft het CVZ een landelijke wachtlijstrapportage opgesteld met 1 januari 2007 als peildatum. Gelet op de tekortkomingen van AZR (i.c. het (niet) tijdig melden van nieuw in zorg genomen cliënten) heeft het CVZ bij het opstellen van deze rapportage een aantal aannames moeten doen. Op mijn verzoek toetst het CVZ momenteel deze aannames en zal in september een nieuwe rapportage uitbrengen. In dit rapport zal ook ingegaan worden op het 'verhaal achter de cijfers' dat is gestoeld op gesprekken met alle zorgkantoren. Dit perspectief is belangrijk, omdat het AZR geen inzicht biedt in de urgentie van de wachtlijstsituatie. Uit de laatste wachtlijstmeting bleek dat voor het merendeel van de wachtenden (90%) de wachtlijstsituatie niet urgent was, omdat 'de wachtende' tevreden was met de aangeboden (overbruggings)zorg en mede daardoor afziet van het verzilveren van de verblijfsindicatie.

Ultieme vulling

In hoeverre heeft het uitstel van de implementatie van de tweede release vertragend gewerkt op het project ultieme vulling?

De implementatie van release 2.1 en de uitvoering van het project ultieme vulling staan los van elkaar. Het uitstel van de implementatie van release 2.1 heeft geen effect gehad op de uitvoering van het project ultieme vulling. Dit is geheel volgens plan gestart begin 2006 en afgerond begin 2007.



Hoe kan het project ultieme vulling overigens succesvol zijn afgerond als alleen de in zorg zijnde cliënten zijn opgenomen en niet de op zorg wachtende cliënten? Wanneer is deze laatste groep verwerkt?

Het doel van het project ultieme vulling is dat de AZR-systemen van de zorgkantoren compleet gevuld zijn met alle cliënten in de AWBZ. Daartoe was het nodig om de gegevens van alle in zorg zijnde cliënten bij de zorgaanbieders te verzamelen en over te hevelen naar de zorgkantoren. De zorgkantoren hebben nu een compleet overzicht van iedereen die in zorg is. Daarbij is ook gevraagd aan de zorgaanbieders of de cliënten beschikken over een rechtsgeldig indicatiebesluit. Voor de cliënten die volgens de zorgaanbieders geen rechtsgeldig indicatiebesluit hebben, is in de AZR systemen van de zorgkantoren een 'registratief' indicatiebesluit aangemaakt. Het resultaat van dit project is dat de zorgkantoren nu een compleet overzicht hebben van iedereen die in zorg is. Deze 'registratieve' indicaties zijn als tijdelijk bedoeld en moeten vervangen worden door reguliere, rechtsgeldige indicatiebesluiten. Dat gebeurt in het kader van het traject: wegwerken non-indicaties. De cliënten die op zorg wachten, zijn niet specifiek opgevraagd bij de zorgaanbieders. Dat was ook niet nodig, omdat het zorgkantoor al zicht had op alle indicatiebesluiten en nu zicht heeft op alle zorg die geleverd wordt. Het verschil tussen beide grootheden levert inzicht in het aantal cliënten dat wacht op zorg. De wachtlijst is dus afgeleid uit de indicatiebesluiten van de cliënten minus de aan de cliënten geleverde zorg.

Non-indicaties

Hoe groot is de groep cliënten die niet in het bezit is van een geldig indicatiebesluit? Op welke termijn moeten deze cliënten van een regulier indicatiebesluit zijn voorzien?

Het project ultieme vulling heeft inzichtelijk gemaakt dat er, volgens opgave van de zorgaanbieders, nog cliënten zijn zonder rechtsgeldig indicatiebesluit (non-indicaties). Dit is puur een formele zaak, want de noodzaak van zorgverlening aan deze cliënten staat absoluut niet ter discussie. Het is echter wel de bedoeling dat deze cliënten, versneld, een rechtsgeldig indicatiebesluit krijgen.

- Intramuraal betreft het circa 50.000 cliënten. Het gaat hierbij voor een belangrijk deel om cliënten die al voor 1997 in zorg zijn genomen. Ik ben van plan deze groep een indicatiebesluit te geven in termen van een zorgzwaartepakket. Indien uit de controlemeting van het CIZ blijkt dat de meting van de zorgaanbieders voldoende betrouwbaar is, wil ik de indicatiebesluiten hierop baseren. Naar verwachting heeft het CIZ in oktober 2007 de controleslag afgerond. Het CIZ maakt momenteel een draaiboek voor het traject van de non-indicaties, met als doel deze zo efficiënt mogelijk weg te werken. Daartoe maakt het CIZ een inschatting van de totale doorlooptijd en de daarbij horende kosten. Zo mogelijk wordt vanaf september met dit traject gestart.
- Ook in de extramuraal setting doen zich non-indicaties voor bij circa 30.000 cliënten. Ik heb het CVZ gevraagd te onderzoeken wat de samenstelling is van deze populatie. Daarna bepaal ik welke aanpak het beste is.

Wettelijke regeling AO/IC

Heeft de NZa al gebruik moeten maken van de regeling AO/IC om aanbieders te dwingen de AZR goed te gebruiken?

De NZa heeft, op verzoek van VWS, recentelijk het gebruik van de AZR verplicht gesteld in een wettelijke regeling (regeling AO/IC zorgaanbieders). Dit was nodig, omdat (een deel van) de zorgaanbieders de geleverde zorg niet of niet tijdig melden bij het zorgkantoor. De

regeling is op 1 maart 2007 ingegaan, tegelijk met de invoering van release 2.1 van de AZR.

Wanneer het gaat om het handhaven van de regeling, is de rolverdeling als volgt.

- Het zorgkantoor heeft een contract met de zorgaanbieder voor de zorginkoop. Daarin is opgenomen dat de zorgaanbieder moet voldoen aan de eisen die de AZR stelt. Het zorgkantoor is de eerst aangewezen partij om de gemaakte kwaliteitsafspraken te handhaven. De regeling AO/IC is een steun in de rug voor het zorgkantoor.
- De zorgaanbieder moet jaarlijks verantwoording indienen bij de NZa. Het is aan de accountant van de zorgaanbieder om te bepalen of wordt voldaan aan de regeling AO/IC. Via deze lijn van verantwoording kan de NZa zonodig ingrijpen op het vlak van de AZR. De NZa kan, indien nodig sancties opleggen, denk daarbij aan bestuurlijke boetes.

In het algemeen overleg van 22 juni 2006 (TK 2005-2006, 26631, nr. 186, p. 8) heeft de vorige staatssecretaris gesteld dat het de bedoeling is zorgaanbieders in 2008 af te rekenen op hun deelname. Wie niet op het AZR is aangesloten, krijgt dan geen financiering. Geldt dit beleidsvoornemen nog onverkort?

Bijna alle zorgaanbieders zijn aangesloten op de AZR. De kernvraag is dus niet meer of de zorgaanbieders op de AZR zijn aangesloten, maar of zij de geleverde zorg tijdig en juist melden bij het zorgkantoor. Op dit moment zijn de prikkels blijkbaar niet krachtig genoeg gebleken om bij alle zorgaanbieders de vereiste discipline en kwaliteit te bereiken, ook al zijn ze wel op de AZR aangesloten. Doorgaans werken financiële prikkels in deze het best. Eind 2007 is de AZR in alle regio's gegevensdrager voor het heffen van de (intramurale) eigen bijdrage. De zorgkantoren, die dit reeds hebben geïmplementeerd, verwachten dat dit een gedragsverandering (lees: verbetering) teweeg brengt bij de zorgaanbieders. Die willen voorkomen dat cliënten gaan klagen over onjuiste eigen bijdrage heffingen. Daarom wordt in de loop van 2008 de AZR óók gegevensdrager voor het bekostigen van zorg; hiertoe laat ik een declaratiebericht ontwikkelen voor de intramurale zorg. Ik verwacht dat dit probleem dan is opgelost.

Verder ontwikkelen van de AZR

Oorspronkelijk is ook sprake geweest van een derde release, gericht op het verder ontwikkelen van de AZR, waarbij ook gegevens zullen worden opgeleverd voor de zorgzwaartebekostiging en het heffen van de eigen bijdrage. Is deze release van de baan? Zo ja, waarom? Zo nee, hoe luidt de planning?

Tot op heden is de AZR ontwikkeld voor een voornamelijk logistiek proces (het indiceren, het toewijzen en het leveren van zorg). Daar komt een financieel proces bij: het heffen van de eigen bijdrage en het bekostigen van intramurale zorg (zorgzwaartepakketten). De AZR wordt de gegevensdrager voor de eigen bijdrage in 2007. Dit traject maakt deel uit van release 2.1 en wordt momenteel landelijk uitgerold. In de loop van 2008 wordt er een nieuwe release van de AZR geïmplementeerd. Deze 3^e release omvat de volgende uitbreidingen:

- het duurzaam inpassen van de zorgzwaartepakketten (de huidige vertaaltabel wordt dan overbodig).
- het invoeren van een declaratiebericht voor de bekostiging van de intramuraal geleverde zorg.

Om misverstanden te voorkomen: de bekostiging van de extramurale zorg maakt geen deel uit van release 3. Het is niet realistisch te veronderstellen dat het verleggen van deze gegevensstroom op korte termijn haalbaar is. Het voornemen is om dit op te pakken bij een latere release van de AZR.

VWS

Financiën

Afgezien van kleine jaarlijkse fluctuaties, zijn de kosten van de AZR redelijk constant sinds 2002. Onderstaande tabel geeft weer wat er gemiddeld voor de AZR beschikbaar is gesteld. Sinds 2001 zijn de kosten gemiddeld € 8 miljoen per jaar. Eind 2005 hebben de zorgaanbieders eenmalig € 60 miljoen gekregen voor investeringen in ICT (en dus ook AZR) en deelname aan het project ultieme vulling. Dit bedrag is via een CTG beleidsregel in de tarieven verwerkt.

(bedragen in € miljoen)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Centrale projectorganisatie	1	2	2	2	-	-	-	-	-
Zorgkantoren (projectsubsidie)	6	6	6	6	6	-	-	-	-
Zorgkantoren (beheerskosten)	-	-	-	-	-	8	6	4	4
CVZ (beheerskosten)	-	-	-	-	2	2	2	2	2
Zorgaanbieders	-	-	-	-	60	-	-	-	-
totaal	7	8	8	8	68	10	8	6	6

AZR niet meer weg te denken

Het digitaal uitwisselen van informatie in een keten is niet meer weg te denken. Het is een noodzakelijke voorwaarde geworden voor ordentelijk administratief verkeer. Vanaf het moment dat de AZR inhoudelijk op orde is, ontstaan er ook mogelijkheden om bepaalde informatie aan te bieden aan de cliënt.

VWS en CVZ gaan onderzoeken op welke wijze de beheerlast van de AZR kan worden verminderd. Doel is het reduceren van de implementatiedruk die gepaard gaat bij het uitrollen van een nieuwe release en het optimaliseren van het berichtenverkeer tussen de ketenpartners. Dit onderzoek moet uitsluitsel geven over de meest geschikte technische infrastructuur voor de AZR.

4. Persoonsgebonden bekostiging

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

Vereenvoudiging uitvoering pgb-AWBZ

Om de uitvoering van de pgb-regeling te vereenvoudigen en klantvriendelijker te maken is per 1 januari 2007 het verantwoordingsritme verlaagd van 4 keer naar maximaal 2 keer per jaar.

Aantal budgethouders

Het aantal budgethouders is volgens het CVZ van ultimo januari tot ultimo juni 2007 gestegen van 65.546 naar 75.983. Er is sprake van een forse groei van gemiddeld 1.900 budgethouders per maand. Tegelijkertijd is geen sprake van een evenredige daling van zorg in natura.

Naast de forse groei van het aantal budgethouders stijgen ook de kosten van de pgb's sterk. Het gemiddelde budget per budgethouder stijgt volgens opgave van het CVZ van € 39,46 (31 december 2006) naar € 51,28 per dag (31 maart 2007). Deze stijging heeft te maken met de invoering van de Wmo, waardoor alle budgethouders met alleen een pgb voor huishoudelijke verzorging uit de AWBZ zijn gestroomd.

Subsidieplafond 2007

Het subsidieplafond 2007 van het pgb-AWBZ bedroeg aanvankelijk € 1.064 miljoen. Begin januari 2007 heeft het CVZ het signaal afgegeven dat er al op 1 januari een overschrijding van € 175 miljoen zou zijn. Eind februari heb ik besloten dat zorgkantoren macro tot 115% van het subsidieplafond pgb's mogen toekennen. Eerder had het CVZ geconstateerd dat bij de pgb-regeling inmiddels een uitvoeringspraktijk is ontstaan die op gespannen voet staat met de in de Algemene wet bestuursrecht opgenomen bedoelingen van een subsidieplafond. Om zorg te dragen voor een correcte uitvoering van de pgb-regeling is in het kader van de Voorjaarsnota vervolgens besloten het subsidieplafond te verhogen met € 314 miljoen naar € 1.378 miljoen. Dit verhoogde plafond was op 1 juli 2007 bereikt. In verband daarmee heb ik het subsidieplafond in juli met € 38 miljoen verhoogd en eind augustus met nog eens € 39 miljoen om een toekenningstop in 2007 te voorkomen. Het plafond bedraagt momenteel € 1.455 miljoen.

De enorme stijging van het aantal budgethouders en het benodigde subsidieplafond zonder dat een evenredige afname in zorg in natura zichtbaar is, is onderwerp van nader onderzoek. Interdepartementaal wordt bezien hoe deze stijging te verklaren is en wat eraan te doen is. In juli steeg het aantal budgethouders met meer dan 3.000 terwijl de verwachte gemiddelde toename eerder al was bijgesteld tot ca. 1.900 per maand. Er blijkt ondermeer sprake van een enorme toestroom vanuit de bureaus jeugdzorg.

SVB Servicecentrum pgb

Het Servicecentrum pgb van de Sociale VerzekeringsBank (SVB) verzorgt desgewenst voor budgethouders waarbij sprake is van volledig werkgeverschap en voor budgethouders die met hun zorgverlener(s) een "opting-in" overeenkomst hebben afgesloten, kosteloos de salarisadministratie.

Per 30 juni 2007 verzorgde de SVB voor 19.090 budgethouders de salarisadministratie. Voor 18.194 budgethouders werd zowel de salarisadministratie als het betalingsverkeer verzorgd. Voor de overige 896 budgethouders beperkte de dienstverlening zich tot het aanmaken van loonstroken. Deze budgethouders verzorgden – op eigen verzoek – zelf het betalingsverkeer. De salarisadministratie had betrekking op 32.915 zorgverleners.

Digitalisering verantwoording

Om de administratieve lasten voor budgethouders te verminderen is in opdracht van VWS het ICTU gestart met het ontwikkelen van een digitaal verantwoordingsformulier. Een concept van dit formulier is begin 2007 gepresenteerd aan de betrokken partijen. Tijdens deze presentatie bleek dat ICTU onvoldoende tegemoet kon komen aan de wensen van de potentiële gebruikers. De ontwikkeling van dit formulier is dan ook stop gezet. Eind april is het onderzoeksrapport naar mogelijkheden tot digitalisering van de processen rond het pgb-AWBZ en Wmo opgeleverd. Ook dit rapport is gepresenteerd aan de betrokken partijen, Per Saldo, CVZ, SVB, ZN, VNG en NICTIZ. Tijdens deze bijeenkomst bleek dat partijen als alternatief voor het digitale verantwoordingsformulier van ICTU graag een pilot willen uitvoeren, waarbij de mogelijkheid voor digitale verantwoording wordt gekoppeld aan een al bestaand budgetbeheerprogramma. Dit budgetbeheerprogramma is ontwikkeld door PZN (Persoonlijk Zorg Netwerk) met subsidie van VWS. De activiteiten met betrekking tot het budgetbeheerprogramma van PZN zijn ondergebracht in de Stichting e-PGB. De pilot heeft als gewenst resultaat dat de digitale communicatie met het zorgkantoor is gerealiseerd en getest en tevens de algehele functionaliteit van de applicatie aan de gebruikerskant. Daarnaast worden de mogelijkheden en benodigdheden voor digitale communicatie met de SVB en gemeenten onderzocht. Het streven is digitaal verantwoording afleggen in 2008 fasegewijs te realiseren.

Participatiebudget

In samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid zal in 5 zorgkantoorregio's een pilot starten met het zogenaamde participatiebudget AWBZ en WIA werkvoorzieningen. Een pilot met het participatiebudget AWBZ en Leerling gebonden financiering (LGF) is .in voorbereiding. Voornemen is deze pilots per 1 januari 2008 te starten. Zij kennen in beginsel een looptijd van één jaar.

Evaluatieonderzoek pgb-AWBZ

Het evaluatieonderzoek naar de werking van het pgb-AWBZ met als doel de kwantitatieve en kwalitatieve beleidsinformatie te actualiseren, is eind augustus opgeleverd. U ontvangt dit onderzoek, samen met mijn bevindingen daarover, binnenkort.

Afschaffing 10%-overheveling

Vooruitlopend op de brief over het evaluatieonderzoek met de te nemen beleidsmaatregelen, gesteund door de resultaten van het evaluatieonderzoek, ga ik vanaf de komende jaarovergang 2007-2008 de 10%-overheveling afschaffen.

De 10%-overheveling houdt in dat een budgethouder bij een doorlopend pgb, maximaal 10% van zijn netto toegekende pgb mag meenemen, als hij het niet op maakt, naar het volgende kalenderjaar. De budgethouder krijgt zijn budget als voorschot op zijn bankrekening overgemaakt. Bij gebruikmaking van de 10%-overheveling hoeft hij dit bedrag niet terug te storten, hij kan het voorlopig houden om het alsnog aan zorg te besteden. Dat kan jaar op jaar zo doorgaan waardoor de 10%-overheveling voor een groot deel van de budgethouders fungeert als een renteloze lening voor de duur van hun budget. Dit laatste is, zo leert het evaluatieonderzoek ons, het geval bij 80% van de budgethouders die gebruik maakt van de 10%-overheveling. Slechts 20% blijkt met een deel van dit overgehevelde budget zorg in te kopen.

Een ander argument om de 10%-overheveling af te schaffen is dat deze maatregel grote administratieve problemen geeft in de uitvoering. Zorgkantoren kunnen hierdoor pas met grote vertragingen definitieve budgetten vaststellen, budgethouders worden daardoor geconfronteerd met meerdere voorlopige toekenningsbeschikkingen, wat zij als zeer vervelend ervaren en als administratieve last beleven.

5. Zorgzwaartefinanciering

Doelstelling: de ontwikkeling en implementatie van een prestatiebekostigingssysteem voor de zorg in natura in de AWBZ dat is gebaseerd op zorgzwaarte van cliënten. Uitgangspunt is een AWBZ-brede systematiek op basis van zorgzwaartepakketten.

Over de voortgang van de invoering van de zorgzwaartebekostiging verwijs ik u naar de voortgangsrapportage die ik u voor het Algemeen Overleg van 30 oktober a.s. zal sturen.

6. Versterking van het verzekeringskarakter

Doelstelling:

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

Knelpunten

Bij verschillende gelegenheden is met de Kamer overleg gevoerd over de knelpunten die zich met name in de extramurale zorg lijken voor te doen. Hierin wordt de procedure gevolgd zoals die door de NZa wordt gehanteerd. Ten principale zal – zoals ook tijdens het algemeen overleg op 13 september jl. gesteld - het systeem moeten worden herzien. Door aan de 'voorkant' een 'glasheldere AWBZ-polis' te formuleren, kan flexibeler met de 'achterkant', de contracteerruimte, worden omgegaan.

Overhevelen van AWBZ-taken naar zorgverzekeraars

In de brief van 9 juni 2006 (TK 2005-2006, 30597, nr. 1) heeft het vorige kabinet aangegeven de taken van de zorgkantoren na 2009 te willen onderbrengen bij individuele verzekeraars. Aan de Sociaal Economische Raad (SER) is door het huidige kabinet advies gevraagd over de toekomst van de AWBZ (TK 2006-2007, 30597, nr. 9). Naar aanleiding van dit advies neemt het kabinet een besluit over de uitvoering van de AWBZ. Aangezien de aanwijzing zorgkantoren en het Convenant zorgkantoren eind 2008 aflopen, wil ik in overleg met ZN, de NZa en CVZ bekijken hoe de aanwijzing voor de uitvoering van de AWBZ vooralsnog zijn vervolg zal krijgen. Daarbij wil ik kijken naar welke modaliteiten mogelijk zijn en welke modaliteit de uitvoering van de AWBZ dichterbij het toekomstperspectief brengt.

7. Toelating zorgaanbod

Doelstelling: meer keuzemogelijkheden voor de cliënt.

Op 1 januari 2007 is bij het CIBG de unit Toelating Zorginstellingen gestart. Deze unit beoordeelt toelatingsverzoeken op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). De WTZi kent twee soorten verzoeken: verzoeken waarop het bouwregime van de WTZi van toepassing is en verzoeken waarop het bouwregime niet van toepassing is. In 2006 heeft de unit Toelating Zorginstellingen i.o de verzoeken waarop het bouwregime van de WTZi niet van toepassing is, uitgevoerd. Vanaf 1 januari 2007 beoordeelt de unit alle toelatingsverzoeken op grond van de WTZi. Aanvragen waarop het bouwregime van toepassing is, worden voor advies voorgelegd aan het College bouw zorginstellingen (Cbz).

Aanvragen waarop bouwregime van toepassing is

Per 1 januari 2007 zijn 530 aanvragen waarop het bouwregime van toepassing is overgedragen aan unit Toelating Zorginstellingen. Tot en met augustus zijn er 952 nieuwe aanvragen ingediend. Eind augustus 2007 was het aantal openstaande aanvragen ongeveer 1.000. In overleg met het CIBG wordt bezien of de afdoening van aanvragen versneld kan worden.

In de WTZi is vastgelegd dat er tweejaarlijks besluitvorming plaatsvindt. Hierdoor zal in de meeste van deze aanvragen besluitvorming en daarmee de daadwerkelijke afronding eind 2007 plaatsvinden.

Aanvragen waarop bouwregime niet van toepassing is

Per 1 januari 2007 stonden 225 aanvragen open waarop het bouwregime niet van toepassing is. Tot en met augustus zijn 632 nieuwe aanvragen ingediend. Eind augustus 2007 was het aantal openstaande aanvragen 481.

8. Variatie in woonaanbod

In het coalitieakkoord is benadrukt dat een grotere variatie in het woonaanbod essentieel is opdat ouderen langer in hun wijk kunnen blijven wonen. Als aandachtspunten worden onder meer genoemd: wijkservicepunten voor welzijn en zorg, het generatiebestendig maken van wijken, kleinschalig wonen en bevorderen van het financieel scheiden van wonen en zorg om in te spelen op de diversiteit van woon- en zorgbehoeften. In de brief "Zorg voor ouderen: om de kwaliteit van het bestaan" van 31 mei 2005 is onder meer nader ingegaan op (maatregelen gericht op) het bevorderen van kleinschalig wonen.

In de verslagperiode is het CSO³-project "Meer woningen voor ouderen" verder geïmplementeerd. Inmiddels zijn ruim 400 vrijwilligers tot lobbyisten opgeleid, en deze zijn in de 1^e helft van 2007 aan de slag gegaan om bij lokale partijen aandacht te vragen voor de opgave rond wonen en zorg.

In het kader van kennis verspreiden en delen heeft het kenniscentrum van Aedes en Actiz in maart 2007 zogenaamde project!impuls-bijeenkomsten over wonen en zorg georganiseerd, waar met name de Wmo centraal stond.

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft een handreiking gepubliceerd voor het maken van Woonvisies door de gemeenten getiteld "Van Woonvisie tot prestatieafspraken". In deze handreiking wordt ook aandacht gevraagd voor het prestatieveld wonen en zorg van het BBSH. Het Ministerie van VROM, Aedes en de Woonbond zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van deze handreiking.

Het onderzoek van CEBEON naar verschillen in mate van extramuralisering tussen zorgkantoorregio's is in juni 2007 afgerond. CEBEON constateert dat de verschillen per zorgkantoorregio deels verklaard kunnen worden door objectieve factoren, als verschillen in leeftijdsopbouw. Deels spelen niet objectieve factoren, zoals verschillen die samenhangen met de lokale historie en met uitvoeringspraktijken op het gebied van indicatiestelling, zorginkoop en zorgaanbod. Bezien zal worden in hoeverre de bevindingen van het onderzoek gevolgen hebben voor (de aard van) de stimuleringsactiviteiten.

Tevens is onderzoek naar de wijze waarop partijen in de praktijk omgaan met de zogenaamde boekwaardeproblematiek gereed gekomen. In het onderzoek "Het boekwaardevraagstuk in de praktijk" is door de SEV (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting) een 10-tal casus beschreven.

Per 1 juli 2007 is een nieuwe financieringswijze voor de zorg voor verblijfsgeïndiceerden van start gegaan: het zogenaamde "volledig pakket thuis" (VPT). Naar verwachting zal het VPT zorgen voor een nieuwe dynamiek op het terrein van wonen en zorg, hetgeen zal leiden tot meer variatie en keuzemogelijkheden voor de burger.

Per 1 januari 2007 is het Actieplan "Investeren in de toekomst" geëxpireerd. In de verslagperiode is door VROM/WWI, VWS en de verschillende veldpartijen gewerkt aan een nieuw Actieplan wonen, zorg en welzijn voor de komende jaren, dat eind 2007 gepubliceerd zal worden.

³ De Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) is het samenwerkingsverband van vier ouderenorganisaties: NOOM, NVOG, PCOB belangenbehartiging 50+ en Unie KBO. Bij deze lidorganisaties zijn ruim 500.000 ouderen aangesloten.

9. Tot slot

In de verslagperiode, die gedeeltelijk de vorige kabinetsperiode betreft, heb ik een aantal keren met u van gedachten gewisseld tijdens:

- een algemeen overleg op 27 maart 2007 over stand van zaken indicatiestelling in zorgzwaartepakketten (ZZP's);
- een algemeen overleg gehouden op 31 mei 2007 over o.a. de twaalfde voortgangsrapportage over het groot project Modernisering AWBZ;
- een debat op 5 juni 2007, naar aanleiding van het algemeen overleg op 31 mei 2007 over modernisering van de AWBZ en de relaties tussen zorgaanbieders en uitbesteding in de extramurale AWBZ-zorg;
- een algemeen overleg gehouden op 20 juni 2007 over onder meer zorgzwaartefinanciering.

Een overzicht met brieven en rapporten betreffende de modernisering van de AWBZ, die in deze verslagperiode aan uw Kamer zijn gezonden, is als bijlage 1 bijgevoegd.

Eind mei 2006 heb ik de Sociaal Economische Raad (SER) gevraagd om advies over de verzekering en financiering van de huidige onder de AWBZ verzekerde zorg. Ik heb de SER om dit advies gevraagd omdat het kabinet behoefte heeft aan een conceptueel advies over de toekomst van de AWBZ, waarbij de adviezen die de afgelopen periode zijn uitgebracht door onder andere College voor Zorgverzekeringen (CVZ), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over de toekomst van de AWBZ worden betrokken. In mijn adviesaanvraag aan de SER heb ik aangegeven dat ik het advies graag .in december 2007 wil ontvangen. Mijn voornemen is u in het voorjaar 2008 het kabinetsstandpunt over dit advies toe te zenden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. dr. J. Bussemaker