

Vergaderjaar 2006–2007

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 191

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 oktober 2006

1. Inleiding

In deze 11de voortgangsrapportage ga ik in op de ontwikkelingen in en de voortgang van de deeltrajecten van het groot project modernisering AWBZ tussen 1 januari t/m 30 juni 2006. Zoals ik u in mijn brief van 24 augustus jl. heb gemeld, is een reactie op de vragen en opmerkingen uit uw brief van 3 juli jl. (kenmerk 06-VWS-B-060) zoveel als mogelijk in de rapportage verwerkt.

Met de inbedding van het project modernisering AWBZ, inclusief personeel, in de Directie Langdurige Zorg (DLZ) is er geen sprake meer van een aparte projectbegroting. De kosten verbonden aan personeel, activiteiten en de kosten verbonden aan de deeltrajecten van de modernisering AWBZ zijn in de beleidsmiddelen van verschillende directies opgenomen. Wel is financiële informatie 2006 voor indicatiestelling, AZR, pgb en zorgzwaartebekostiging bij de desbetreffende paragrafen opgenomen. In paragraaf 9 is de financiële informatie 2006 samengevat in een tabel.

Over de toekomst van de langdurige zorg heb ik u bij brief van 9 juni jl. (TK 2005–2006, 30 597, nr. 1) het kabinetsstandpunt op het IBO-rapport «Toekomst AWBZ, eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ» gezonden. Inmiddels is over deze thematiek een apart traject gestart en daarom laat ik in deze voortgangsrapportage de toekomst van de AWBZ buiten beschouwing. De door u toegezonden kamervragen zal ik medio oktober beantwoorden.

In de verslagperiode heb ik een aantal keren met u van gedachten gewisseld tijdens een Algemeen Overleg. De ontwikkelingen rond de zorgzwaartebekostiging gaven enkele keren aanleiding voor overleg: 19 april, 29 april (VAO) en 13 juni jl. Tot slot heeft op 22 juni jl. een Algemeen Overleg over de voortgang van en ontwikkelingen in de modernisering AWBZ plaatsgevonden.

Een overzicht met brieven en rapporten betreffende de modernisering van de AWBZ die tussen 1 januari t/m 30 juni 2006 aan uw Kamer zijn gezonden is als bijlage 1 bij deze voortgangsrapportage gevoegd.¹ In deze rapportage ga ik achtereenvolgens in op de indicatiestelling, AWBZ-brede zorgregistratie (AZR), persoonsgebonden bekostiging, zorgzwaartefinanciering, versterking van het verzekeringskarakter, toelating zorgaanbod en scheiden wonen en zorg. In paragraaf 9 geef ik u een overzicht met financiële informatie 2006. Tot slot geef ik een korte reactie op twee rapportages over wachtlijstontwikkelingen.

2. Indicatiestelling

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

Samengaan RIO's en LCIG in een landelijke organisatie

De RIO's en het LCIG zijn op 1 januari 2005 samengegaan in het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Inmiddels zijn de medewerkers binnen de nieuwe organisatie geplaatst. Voor de medewerkers die niet konden worden geplaatst, is een sociaal plan van toepassing. Het wetsvoorstel waarin de status van het CIZ wordt vastgelegd is eind juni voor advies naar de Raad van State gestuurd. Ik verwacht het advies binnen afzienbare tijd. Afhankelijk van het advies, wordt het wetsvoorstel vervolgens zo spoedig mogelijk ingediend bij de Tweede Kamer. Sinds de start van het CIZ is hard gewerkt aan uniformering van de processen en het beleid. Dit heeft geleid tot het vaststellen van protocollen en richtlijnen voor de organisatie. Deze zijn in folders en op internet gepubliceerd. Er is veel geïnvesteerd in scholing van medewerkers om verschillen tussen de regio's te minimaliseren. De cliëntenorganisaties zijn blij dat er nu één onafhankelijke organisatie voor indicatiestelling is. Eind 2006 wordt gestart met een cliënttevredenheidsonderzoek waarbij uiteraard wordt onderzocht wat de specifieke ervaringen van cliënten zijn met het CIZ.

Beleidsregels, standaardindicatieprotocollen en gecombineerde indicatiestelling

Op mijn verzoek heeft het CIZ beleidsregels opgesteld voor de indicatiestelling AWBZ. Deze beleidsregels zijn bij brief van 8 juni 2006 (TK 2005–2006, 26 631, nr. 178) aangeboden aan uw Kamer. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft aan mij advies uitgebracht over deze regels (bijlage 2)¹. Het CVZ stelt in dit advies voor om de beleidsregels aan te vullen en op bepaalde punten aan te passen. Ik heb het CIZ gevraagd om, in verband met het advies van het CVZ en de zorgzwaartebekostiging, de beleidsregels verder aan te vullen en aan te passen. Ik streef ernaar de beleidsregels met ingang van 1 januari 2007 vast te stellen op basis van artikel 11 van het Zorgindicatiebesluit.

In het convenant AWBZ staat dat VWS het CIZ de opdracht geeft om mandaatafspraken te maken met zorgaanbieders. Naar aanleiding van het convenant heeft het CIZ een plan van aanpak opgesteld. Het CIZ heeft inmiddels 21 standaardindicatieprotocollen ontwikkeld en met ruim 1100 aanbieders mandaatafspraken gemaakt. Deze protocollen stellen aanbieders en ziekenhuizen in staat een indicatieadvies op te stellen. De aanbieder kan de cliënt vervolgens onmiddellijk in zorg nemen. Het CIZ stelt het uiteindelijke indicatiebesluit vast. In het convenant staat dat de partners er van uit gaan dat ten minste 30–50% van alle indicaties via een mandaat tot stand zal komen. Thans wordt circa 12% via taakmandaat afgehandeld. Indien alle aanvragen die daarvoor in aanmerking komen door aanbieders via een standaardindicatieprotocol worden ingediend,

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

zou circa 20% van de aanvragen via taakmandaat kunnen worden afgehandeld.

Het streefcijfer is dat ultimo 2007 minimaal 30% op basis van taakmandaat kan worden geïndiceerd. Dit cijfer is met de huidige standaardindicatieprotocollen waarschijnlijk niet haalbaar. Het CIZ bekijkt op dit moment of er meer mogelijkheden zijn om de (vormen van) taakmandatering uit te breiden. Tevens beziet het CIZ of door middel van andere reeds ingevoerde instrumenten zoals het referentiewerkproces en een aanmeldmodule niet al sneller en efficiënter wordt geïndiceerd.

Integraal indiceren

In zeven regio's hebben bureaus jeugdzorg, CIZ en indicatieorganen voor onderwijs in de afgelopen periode geëxperimenteerd met integraal indiceren. De betrokken instanties hebben met elkaar afspraken gemaakt over snelle, klantvriendelijke en samenhangende indicatietrajecten voor zorg en onderwijs. Deze afspraken zijn neergelegd in een landelijk kader waarin afstemming en samenwerking worden vastgelegd. De verwachting is dat in het najaar het landelijk kader door de betrokken indicatiepartijen wordt omarmd. Daarna wordt een implementatietraject gestart om gecombineerde indicatiestelling te verbreden naar meer regio's.

In de tussentijd wordt er gewerkt aan een klantvriendelijke manier van indiceren op basis van afspraken tussen de verschillende indicatieorganen, ook met het oog op het terugdringen van (te) lange doorlooptijden. Vastlegging van afspraken en standaarden vergt enige tijd omdat regelgeving, financiering en dergelijke afgestemd moeten worden. Zorgvuldigheid is vereist om te voorkomen dat rechten van cliënten in gedrang komen.

Productie indicatiestelling

In de onderstaande tabel staat de productie per regio voor 2005 en het eerste kwartaal van 2006. In 2005 zijn in totaal 950 000 indicatieaanvragen afgehandeld. Dit heeft geresulteerd in 854 000 positieve indicatiebesluiten. In mijn brief over het CIZ (TK 2005–2006, 26 631, nr. 179) die op 9 juni 2006 aan de Kamer is gestuurd, is aangegeven dat er in 2005 ruim 850 000 indicaties zijn verstrekt. Het verschil dat wordt geconstateerd in de brief van de vaste commissie voor VWS (d.d. 3 juli 2006) kan verklaard worden door het verschil tussen aanvragen en positieve besluiten. Over de toename van het aantal indicaties in 2006 heb ik u bij brief van 16 augustus 2006 (TK 2005–2006, 26 631, nr. 185) geïnformeerd. Zoals ik tijdens het Algemeen Overleg over extramurale knelpunten AWBZ op 31 augustus jl. heb gemeld, ben ik met onderzoek gestart naar de toename van de indicatie voor de functie ondersteunende begeleiding. Er worden offertes gevraagd en ik hoop het onderzoek eind december te kunnen afronden.

Tabel 1 Productie AWBZ per regio

Regio	1e kwartaal 2005	2e kwartaal 2005	3e kwartaal 2005	4e kwartaal 2005	Totaal 2005	1e kwartaal 2006
Totaal productie	225 650	246 681	227 058	250 313	949 702	268 346
Regio Norg	12 066	19 477	16 172	15 174	62 889	20 744
Regio Leeuwarden	10 985	10 798	10 419	12 728	44 930	12 942
Regio Zwolle	9 867	10 035	10 733	10 270	40 905	10 783
Regio Enschede	17 325	18 004	16 941	22 281	74 551	20 937
Regio Arnhem	13 979	14 592	14 244	15 289	58 104	16 484
Regio Utrecht	16 760	16 030	14 840	16 772	64 402	17 637
Regio Amsterdam	19 527	22 742	20 177	19 596	82 042	20 682
Regio Alkmaar	11 802	11 430	11 483	12 609	47 324	14 191
Regio Beverwijk	11 920	12 708	12 425	13 836	50 889	14 026

Regio	1e kwartaal 2005	2e kwartaal 2005	3e kwartaal 2005	4e kwartaal 2005	Totaal 2005	1e kwartaal 2006
Regio Den Haag	12 165	12 143	13 017	12 355	49 679	15 179
Regio Rotterdam	17 024	19 227	17 819	18 071	72 141	20 021
Regio Gouda	9 058	8 838	8 123	8 740	34 759	9 149
Regio Wouw	15 184	17 298	16 104	17 168	65 754	17 781
Regio Oss	15 617	16 896	11 309	16 116	59 938	18 394
Regio Veldhoven	14 124	15 605	15 015	18 599	63 343	17 805
Regio Roermond	18 247	20 859	18 237	20 709	78 052	21 591

Het CIZ heeft de afgelopen periode veel tijd gestoken in het wegwerken van achterstand in de werkvoorraad. In de regio's Zwolle, Groningen, Den Haag en Rotterdam was sprake van achterstanden. Er zijn grote inspanningen verricht om de werkvoorraden in deze regio's op te lossen. Er zijn nog extra inspanningen nodig in de regio's Groningen en Zwolle.

Op dit moment wordt 88% van de aanvragen binnen de wettelijke termijn van zes weken afgehandeld. Dat afhandeling binnen zes weken niet lukt, kan een aantal redenen hebben. Soms is voor een besluit bijvoorbeeld informatie nodig van een behandelend arts. Het opvragen van deze informatie beïnvloedt de afhandelingstermijn en kan leiden tot de overschrijding van de wettelijke termijn. CIZ streeft daar waar mogelijk naar kortere afhandelingstermijnen. Op dit moment wordt 64% van de aanvragen binnen twee weken afgehandeld en intern wordt ernaar gestreefd dit percentage naar 80% te verhogen. De ontwikkeling van de afhandelingstermijnen staat in onderstaande tabel. Uit de onderstaande tabel blijkt dat het CIZ steeds meer aanvragen binnen de wettelijke termijn van zes weken afhandelt. Tevens blijkt dat er steeds meer aanvragen binnen twee weken worden afgehandeld.

Tabel 2 Afhandelingstermijn aanvragen

Afhandelings- termijn	1e kwartaal 2005	2e kwartaal 2005	3e kwartaal 2005	4e kwartaal 2005	1e kwartaal 2006*
0-2 weken	58%	58%	62%	61%	64%
2-4 weken	16%	15%	13%	16%	16%
4-6 weken	10%	11%	9%	9%	8%
> 6 weken	15%	17%	16%	14%	12%
TOTAAL	100%	100%	100%	100%	100%

* Afhandelingstermijn 1e kwartaal 2006 is gebaseerd op procentuele verdeling van de positieve AWBZ-besluiten uit trendanalyse.

Het CIZ maakt vorderingen in de informatievoorziening. Dit blijkt onder meer uit de trendrapportage 2005 die door het CIZ is opgesteld en het onderzoek naar de toename van het aantal indicatiebesluiten dat bij brief van 16 augustus 2006 (TK 2005-2006, 26 631, nr. 185) aan de Tweede Kamer is aangeboden. Echter, dit wil niet zeggen dat alles vanuit de systemen raadpleegbaar is. De informatievoorziening zal verbeteren na de landelijke realisatie van het informatiesysteem PI-2. Het CIZ gaat voor alle vestigingen hetzelfde computersysteem invoeren. Op het moment dat de landelijke uitrol hiervan gereed is, kan ook het landelijke informatiesysteem worden gerealiseerd.

Projecten

Het CIZ heeft in 2005 op projectbasis indicaties vastgesteld voor mensen die een oud pgb hadden, ex AAW-ers en de zogenaamde niet rechtsgeldige indicaties.

Over het afgeven van herindicaties voor mensen die een oud pgb hadden, wordt u in de paragraaf over persoonsgebonden bekostiging (paragraaf 4)

geïnfomeerd. Het CIZ heeft in 2005 7 032 indicaties vastgesteld ten behoeve van de groep ex AAW-ers. Hierop zijn 681 bezwaarschriften ingediend. In week 32 van 2006 waren er hier nog zes van in behandeling. Deze worden naar verwachting op korte termijn afgehandeld.

De afhandeling van niet rechtsgeldige indicaties voor de extramurale gehandicaptenzorg is nagenoeg voltooid. De gegevensverzameling bij zorgaanbieders stond gepland van 1 december 2005 tot 1 april 2006. Een aantal zorgaanbieders kon dit niet binnen de gestelde termijn realiseren, waarna in overleg met VWS de periode is verruimd naar 30 april 2006. In verband met deze verruiming was ook de periode waarin de gegevens zouden worden omgezet naar definitieve besluiten verruimd naar 31 juli 2006. Het project zit nu in de afrondende fase. Van de 44 000 cliënten moest voor 10 474 cliënten een indicatiebesluit worden vastgesteld. Inmiddels is voor 10 051 cliënten een indicatiebesluit vastgesteld. Dit is 96%. Het CIZ is momenteel bezig met het afhandelen van de laatste cliënten.

Financiën

Op dit moment bedraagt de instellingssubsidie van het CIZ € 152,9 miljoen voor het jaar 2006. Hiervan is € 150,9 miljoen bestemd voor de indicatiestelling AWBZ en € 2 miljoen voor het sociaal plan. Daarnaast zijn aan het CIZ in 2004 en 2005 projectsubsidies toegekend die nog gedeeltelijk doorlopen tot in 2006. Het betreft een project voor de transitie van de organisatie en een project voor het afgeven van indicatiebesluiten ten behoeve van personen die zorg ontvangen zonder dat daaraan een geldig indicatiebesluit ten grondslag ligt.

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 College voor Zorgverzekeringen). Het gebruik van de AZR vereist van de ketenpartners nieuwe werkwijzen voor intern gebruik en voor de informatie-uitwisseling naar buiten.

Releases AZR

Het ontwikkelen en invoeren van de AZR gebeurt op basis van zogeheten releases. Stap voor stap worden daarmee de gebruiksmogelijkheden van de AZR uitgebreid.

Release 1 is de basisversie van de AZR: een procesondersteunend systeem voor de indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorglevering, en het beheren van regionale wachtlijsten. De release blijkt nog tal van kinderziektes in zich te hebben (softwareproblemen). Ook de bedrijfsprocessen bij de ketenpartners zijn onvoldoende aangepast op de nieuwe werkwijzen die de AZR vereist. Enerzijds maken zorgaanbieders onvoldoende gebruik van de AZR, ook het aggregeren van regionale gegevens naar landelijk niveau (CVZ) is slechts ten dele mogelijk. Daardoor is de kwaliteit van de gegevens in de AZR nog niet op het gewenste niveau. De AZR kan daarom geen betrouwbaar beeld geven van de landelijke wachtlijst.

Maar er is met release 1 wél een onomkeerbare stap gezet: de introductie van het elektronisch uitwisselen van cliëntdossiers in de keten van de AWBZ. Feit is dat alle CIZ-kantoren de indicatiebesluiten elektronisch sturen naar de zorgkantoren. Ook de zorgtoewijzing verloopt elektronisch. Dit betekent dat alle zorgaanbieders kunnen beschikken over digitale

dossiers. Daarmee is een begin gemaakt van het afbouwen van een omvangrijke papierstroom in de keten.

Release 2.1 is bedoeld als inhoudelijke verbetering van de eerste release. De bedrijfsprocessen bij de ketenpartners zijn geëvalueerd en zo veel als mogelijk geüniformeerd. De specificaties van de AZR zijn daarop aangepast. Tevens is een mutatiebericht geïntroduceerd, waarmee de zorgaanbieder wijzigingen in de zorglevering kan doorgeven. Daardoor kan de kwaliteit van het berichtenverkeer toenemen, hetgeen een positief effect heeft op de betrouwbaarheid van de regionale en landelijke wachtlijsten. Wanneer release 2.1 in productie gaat, is er sprake van een volwaardig systeem voor de cliëntlogistiek in de keten van de AWBZ. Met ingang van 1 januari 2007 vindt de introductie plaats van de zorgzwaartepakketten. In release 2.1 is een tijdelijke oplossing voorzien voor de verwerking van de zorgzwaartepakketten in de keten.

Parallel aan de invoering van release 2.1 vindt de ultieme vulling plaats van de AZR.

De ultieme vulling heeft als doel om alle cliënten die al in zorg zijn en de cliënten die nog op de wachtlijst staan versneld in de AZR-systemen van de zorgkantoren op te nemen. Het CVZ heeft een landelijk draaiboek opgesteld; elk zorgkantoor coördineert de uitvoering in de eigen regio. Tijdens de ultieme vulling worden productgerichte indicatiebesluiten omgezet in functiegerichte termen, de zogenaamde registratieve indicatiebesluiten. Deze registratieve indicaties worden gemarkeerd in de AZR-systemen van de zorgkantoren. Via het CIZ worden deze omgezet in reguliere indicatiebesluiten. Over de weg(en) waarlangs deze omzetting plaats gaat vinden, vindt momenteel overleg plaats met het CIZ. Uit de ervaringen tot nu toe blijkt dat de zorgaanbieders loyaal meewerken aan het ultiem vullen van de AZR. Een aantal regio's is gestart in september. Onderstaande tabel geeft inzicht per zorgkantoorregio in de planning waarop de ultieme vulling gerealiseerd is.

Tabel 3 Voortgang ultieme vulling per concessiehouder

CONCESSIE HOUDER	AANTAL ZORG-KANTOREN	DATUM START VERZAMELEN GEGEVENS BIJ ZORGAANBIEDERS	DATUM EINDE VERZAMELEN GEGEVENS BIJ ZORGAANBIEDERS	DATUM GEREED ULTIEME VULLING DOOR ZORG-KANTOOR	% GEREED
Achmea	6	1 sep 2006	1 jan 2007	15 jan 2007	10
AGIS	4	1 mei 2006	1 okt 2006	1 nov 2006	85
CZ/OZ	5	1 mei 2006	1 sep 2006	1 okt 2006	90
De Friesland	1	1 juli 2006	1 okt 2006	1 nov 2006	20
Haaglanden	1	1 sep 2006	15 dec 2006	1 jan 2007	10
DSW	2	1 mrt 2006	1 mei 2006	Gerealiseerd	100
Menzis	3	1 juli 2006	1 okt 2006	1 nov 2006	50
Salland	1	1 juni 2006	1 okt 2006	1 nov 2006	95
Trias	2	1 sep 2006	1 dec 2006	15 jan 2007	10
Univé	1	1 mei 2006	15 dec 2006	15 jan 2007	10
Zorg&Zekerheid	2	15 mei 2006	1 okt 2006	15 jan 2007	10
VGZ	4	Gerealiseerd	Gerealiseerd	Gerealiseerd	100
Totaal 32					Gem. 60

Het overschakelen van release 1 naar release 2.1 is een grootschalige operatie: het gaat om circa 40 softwarepakketten, waarmee circa 3 000 organisaties werken.

In het voorjaar van 2006 is, na zorgvuldig overleg met de zorgkantoren en de leveranciers van de software voor de AZR, een planning voor de invoering van de release 2.1 opgesteld. Deze hield in dat in juli een beslissing genomen zou worden over de haalbaarheid van de belangrijkste mijlpaal: dat alle indicatieorganen en zorgkantoren op 1 september gaan werken

met release 2.1 van de AZR. Op 3 juli heeft het CVZ besloten dat 1 september niet haalbaar is.

In technische zin zou deze mijlpaal te realiseren zijn geweest, maar het CIZ heeft aangegeven te willen wachten tot 1 januari 2007. Bij de CIZ-kantoren zijn momenteel drie softwarepakketten in gebruik. Het CIZ heeft besloten te migreren naar één pakket voor alle CIZ-kantoren. Redenen hiervoor zijn het harmoniseren van het proces van indicatiestelling, de invoering van de WMO en de introductie van de zorgzwaartebekostiging. Het nieuwe CIZ-systeem moet 1 januari 2007 gaan draaien. De maanden daarna kunnen de zorgaanbieders de nieuwe release in gebruik nemen.

Release 3 is gericht op het verder ontwikkelen van de AZR: naast de cliënt-logistiek gaat de AZR ook fungeren als gegevensleverancier voor enkele financiële processen, zoals de zorgzwaartebekostiging en het heffen van de eigen bijdrage. De zorgzwaartepakketten worden op een duurzame wijze ingepast in het berichtenverkeer. Ook wordt de AZR aangepast aan de wettelijke vereisten die horen bij de invoering van het burgerservice-nummer (BSN).

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

Tabel 4 Groeimodel aansluiting releases van de AZR

ONTWIKKELSTADIUM	BASIS RELEASE 1	VERBETERING RELEASE 2.1	UITBREIDING RELEASE 3
	2004–2006	2007	2008
Indicatiestelling Alle indicatiebesluiten elektronisch van CIZ-kantoren naar zorgkantoren Invoering intramurale zorgzwaartepakketten (ZZP)	Gerealiseerd Nvt	Kwaliteitsslag Tijdelijke inpassing	Stabiel Duurzame inpassing
Zorgtoewijzing Zorgkantoren sturen de indicatiebesluiten elektronisch naar de zorgaanbieder	Gerealiseerd	Kwaliteitsslag	Stabiel
Zorglevering Zorgaanbieders melden zorglevering via bericht «melding aanvang zorg»	20%	Kwaliteitsslag	Stabiel
Zorgaanbieders melden zorglevering via webtoepassing	70% – 80%	Kwaliteitsslag	Stabiel
Zorgaanbieders melden wijzigingen in de geleverde zorg via bericht «mutatie zorg»	Deels gerealiseerd	Te realiseren	Stabiel
Bovenregionaal berichtenverkeer Zorgkantoren wisselen indicatiebesluiten elektronisch uit	Gerealiseerd	Kwaliteitsslag	Stabiel
Regionale wachtlijst Zorgkantoren hebben regionale wachtlijst op orde	Gerealiseerd	Kwaliteitsslag	Stabiel
Landelijke wachtlijst Aggregeren van regionale wachtlijsten naar landelijke wachtlijst	Deels gerealiseerd	Volledig te realiseren	Stabiel

ONTWIKKELSTADIUM	BASIS RELEASE 1	VERBETERING RELEASE 2.1	UITBREIDING RELEASE 3
Ultieme vulling AZR			
De AZR-systemen van de zorgkantoren zijn gevuld met alle cliënten	Te realiseren	Kwaliteitsslag	Stabiel
Productieverantwoording			
Zorgaanbieders sturen elektronisch de maandelijks geleverde productie naar het zorgkantoor	Nvt	Nvt	Te realiseren
Zorgkantoor stuurt de intramuraal geleverde productie elektronisch door naar het CAK ten behoeve van het heffen van de eigen bijdragen	Nvt	Nvt	Te realiseren
Burgerservicenummer (BSN)			
Indicatieorganen gaan gebruik maken van het BSN	Nvt	Te realiseren	Stabiel
Verwerking van BSN in de keten van AZR	Nvt	Tijdelijke inpassing	Duurzame inpassing
Wettelijke basis AZR			
Zorgaanbieders worden verplicht de AZR te gebruiken	Nvt	Te realiseren	Stabiel
BZ-formulieren			
Afschaffen BZ/1 en BZ/5	Nvt	Te realiseren	Stabiel
Afschaffen BZ/6 en BZ/6/A	Nvt	Nvt	Te realiseren

Stimuleren deelname zorgaanbieders

De animo bij zorgaanbieders om de AZR te gebruiken is nog onvoldoende, al krijg ik wel signalen van zorgkantoren dat er zich positieve ontwikkelingen voordoen. Door het uitvoeren van het project ultieme vulling merken zorgaanbieders dat het actueel houden van de gegevens in de AZR een belangrijke meerwaarde heeft.

Ik vind het van belang dat alle zorgaanbieders de AZR optimaal gaan gebruiken. Uiteraard moet er eerst sprake zijn van een goed werkend AZR, zonder kinderziektes. Met de invoering van release 2.1 wordt aan deze randvoorwaarde voldaan. Daarnaast heb ik besloten het gebruik van de AZR verplicht te stellen. Samen met het CVZ, ZN en de NZa bereid ik aanpassing van bestaande regelgeving voor, die op 1 januari 2007 van kracht wordt.

Verminderen administratieve lasten: integratie BZ-formulieren

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

De zorgaanbieders geven de zorglevering nu door aan het zorgkantoor met enkele papieren zogeheten Buitengewone Ziektekostenformulieren (BZ/1 en BZ/5). Wanneer de release 2.1 in bedrijf is en de ultieme vulling is gerealiseerd, kan deze papierstroom worden afgebouwd.

Financiën

In de periode 2001–2006 zijn globaal voor de AZR de volgende kosten gemaakt:

- zorgkantoren hebben voor de periode 2001–2004 een projectsubsidie van VWS gekregen van € 25 miljoen. Voor 2004 en 2005 is additioneel € 10 miljoen toegekend. Tweederde deel hiervan is gebruikt voor compensatie van tegenvallers bij de ontwikkeling en invoering van de AZR en eenderde deel is bestemd voor het ultiem vullen van de AZR. Met ingang van 2006 verstrekt VWS geen projectsubsidie meer; de zorgkantoren financieren de AZR uit de reguliere beheerskosten;
- de kosten van de landelijke projectorganisatie bedragen ongeveer € 7 miljoen over de periode 2000–2004. Deze projectorganisatie is in 2004 afgebouwd;

- zorgaanbieders hebben, op basis van het convenant 2005–2007, in 2005 een bedrag gekregen van € 60 miljoen ter compensatie van de inspanningen voor het invoeren, in gebruik nemen en uitiem vullen van de AZR;
- het CVZ draagt sinds 2005 zorg voor het beheer van de AZR. Daarvoor ontvangt het CVZ een jaarlijkse beheerskostenvergoeding van circa € 1,5 miljoen.

Het complexe proces rondom de AZR heeft tot gevolg dat sommige plannen niet gehaald zijn. Dit is voor een deel te verklaren uit het onderschatten van de impact van de veranderingen bij de vele partijen die hierbij zijn betrokken. Het gaat hierbij immers om het stroomlijnen van bedrijfsprocessen tussen 80 CIZ-kantoren, 32 zorgkantoren en zo'n 3000 zorgaanbieders. Het feit dat deze organisaties een hoge mate van autonomie hebben en dat VWS slechts indirect zeggenschap heeft over de bedrijfsprocessen maakt de zaak zeer complex. De noodzaak tot een sterkere aansturing is onderkend en wordt thans dan ook door het CVZ gehanteerd bij het voorbereiden en invoeren van wijzigingen. Ik verwacht dat daardoor een gestage verbetering zal optreden.

4. Persoonsgebonden bekostiging

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

Dit najaar zal het CVZ een uitvoeringsverslag uitbrengen over de uitvoering van de pgb-regelingen in de periode 1 juli 2005–1 juli 2006. In dat uitvoeringsverslag zal het CVZ ook mededeling doen over de afsluiting van de pgb-regelingen oude stijl per 31 december 2005.

Vooruitlopend op het uitbrengen van dat uitvoeringsverslag heeft het CVZ mij als volgt geïnformeerd.

Sluiting pgb-regelingen oude stijl per 31 december 2005

Bij de invoering van het pgb-nieuwe-stijl is besloten om budgethouders oude stijl aan het einde van de indicatieduur te laten over stappen op het pgb-nieuwe-stijl en de oude regelingen op 31 december 2005 af te sluiten. Deze budgethouders moesten tijdig in het bezit zijn van een functiegericht indicatiebesluit om vanaf 1 januari 2006 gebruik te kunnen maken van het pgb-nieuwe-stijl. Het CIZ heeft daarvoor, in samenspraak met het CVZ, ZN (Zorgverzekeraars Nederland), VWS, de SVB (Sociale Verzekeringsbank) en cliëntenorganisaties, een plan van aanpak opgesteld.

Projectaanpak indicatiestelling

De zorgkantoren hebben de betrokken budgethouders eind juni 2005 geïnformeerd over de sluiting van de pgb-regeling. Dat was een formele mededeling die voor deze budgethouders niet als een verrassing is gekomen. Nog voor de invoering van het pgb-nieuwe-stijl zijn alle budgethouders oude stijl over het beëindigingstraject geïnformeerd en ook de SVB heeft in de nieuwsbrief voor de budgethouders oude stijl regelmatig aandacht aan dit onderwerp besteed.

In de brief van juni 2005 is de budgethouders oude stijl ook uitgelegd welke stappen zij moeten zetten om een pgb-nieuwe-stijl te kunnen krijgen. Bij die brief was een aanvraagformulier voor het CIZ gevoegd. De budgethouder is in de juni-brief geadviseerd om uiterlijk 1 september een indicatiebesluit aan te vragen bij het landelijk steunpunt van het CIZ. Door een centrale (landelijke) verzameling en registratie van de aanvragen kon het CIZ gericht ondersteuning bieden aan de regio's en werd voorkomen dat de aanvraagformulieren direct regionaal in het reguliere bedrijfsproces terecht kwamen. Het CIZ heeft gedurende de aanvraag-

periode in de maanden juni, juli en augustus een landelijke helpdesk ingesteld voor vragen van budgethouders.

Na de centrale ontvangst en registratie, voerde het regionale CIZ-bureau vervolgens het indicatie-onderzoek uit. Hier is meteen op 1 augustus 2005 mee gestart. In totaal zijn 4 645 aanvragen voor een nieuw indicatiebesluit ontvangen waarvan het CIZ er 99% in 2005 heeft kunnen afdoen. De laatste indicatiebesluiten, 40 stuks, zijn in januari 2006 afgegeven. Deze late afhandeling kwam enerzijds doordat aanvragen erg laat of zelfs te laat binnenkwamen en anderzijds dat er soms gewacht moest worden op (medische) informatie die nodig was om de indicatie zorgvuldig te kunnen stellen.

Om problemen op dossierniveau zo snel mogelijk op te lossen is in december 2005 aan zorgkantoren toestemming gegeven om voor 2006 een voorschot van twee maanden te betalen aan budgethouders oude stijl voor wie door vertraging bij het CIZ of bij de budgethouder nog geen functiegericht indicatiebesluit was afgegeven.

Al met al kan worden geconcludeerd dat het afgeven van de benodigde indicatiebesluiten voor de overgang van pgb-oude-stijl naar pgb-nieuwe-stijl probleemloos is verlopen.

Ervaringen budgethouders oude stijl met overgang naar pgb-nieuwe-stijl

In opdracht van het CVZ heeft het ITS in 2004 een monitor uitgevoerd onder budgethouders nieuwe stijl. Daaruit blijkt dat het oordeel over het pgb-nieuwe-stijl minder positief uitvalt dan dat over de oude pgb's. Budgethouders waren vaker tevreden met het oude budget, konden dit vaker naar eigen inzicht besteden en vonden het eenvoudiger. Budgethouders vinden de uitvoering van het pgb-nieuwe-stijl zwaarder dan voorheen en geven aan dat de administratieve rompslomp en de bureaucratie zijn toegenomen. Tevens bleek dat nieuwe budgethouders in termen van keuzevrijheid, zeggenschap en zorg-op-maat duidelijk positiever oordelen over het pgb-nieuwe-stijl dan overstappers. De monitor van ITS is uitgevoerd in 2004; er zijn geen gegevens over ervaringen van overstappende budgethouders van na die tijd.

Sluiting SVB Kantoor PGB

Sinds 1 april 2003 is sprake geweest van een gestage afname van het aantal budgethouders pgb-oude-stijl. Deze ontwikkeling heeft tot gevolg dat de SVB Kantoor PGB drie jaar lang in een situatie van afbouw van werkzaamheden heeft verkeerd. Voor deze afbouw heeft de SVB in 2003 een sociaal plan opgesteld. Het CVZ stelt vast dat de afbouw voor het oog van de budgethouders, de zorgkantoren en het CVZ probleemloos is verlopen.

Tot 1 april 2006 heeft Kantoor PGB nog volop werk gehad aan de afsluiting van de dossiers van de op 31 december 2005 beëindigde pgb's. Daarna is gewerkt aan de sluiting van Kantoor PGB.

Voor het sluitingsproces is door de SVB een «Programma Administratieve Sluiting» opgesteld. Dit programma was erop gericht om per 1 april 2006 de reguliere werkzaamheden af te ronden waarna op 1 juli 2006 sluiting van het Kantoor PGB volgde. De na 1 juli 2006 nog resterende activiteiten van Kantoor PGB zijn door de SVB ondergebracht bij het SVB Servicecentrum PGB.

De laatste werkzaamheden bij Kantoor PGB zijn uitgevoerd door tijdelijke werknemers waarmee de SVB de arbeidsrelatie op 1 juli 2006 beëindigd heeft. De bij het SVB Servicecentrum PGB ondergebrachte restactiviteiten zijn dusdanig gering van omvang dat slechts sprake is van een contactper-

soon die verantwoordelijk is voor de behandeling van problemen die zich eventueel nog rondom pgb-oude-stijl zouden kunnen voordoen.

SVB Servicecentrum PGB

Het SVB Servicecentrum PGB brengt maandelijks een «Service Level Rapportage» uit. In deze rapportage doet de SVB verslag over de dienstverlening in relatie tot de contractueel vastgelegde prestatie-eisen. Uit deze rapportage blijkt dat de SVB op 1 juli 2006 voor 16 496 budgethouders de salarisadministratie verzorgde. Voor 15 749 budgethouders verzorgt het Servicecentrum zowel de salarisberekening als het betalingsverkeer. Voor de overige 747 budgethouders beperkt de dienstverlening zich tot het aanmaken van loonstroken. Deze budgethouders verzorgen – op eigen verzoek – zelf het betalingsverkeer. De salarisadministratie heeft betrekking op 27 968 zorgverleners.

Op 1 juli 2005 verzorgde de SVB de salarisadministratie voor 19 327 zorgverleners. Het SVB Servicecentrum PGB is daarmee in één jaar tijd met 45% gegroeid. Deze groei is probleemloos verlopen.

Administratie door budgethouder zelf of het cliëntsysteem

Het ITS heeft in opdracht van mijn ministerie een verkennend onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om de administratieve lasten die verbonden zijn aan het pgb te verminderen.

Om inzicht te krijgen in de administratieve lasten van budgethouders heeft het ITS telefonische interviews onder budgethouders afgenomen. Aangezien het gaat om het in kaart brengen van de administratieve lasten van het pgb vanuit cliëntperspectief, was het van belang om diegene te spreken die de administratie ook daadwerkelijk verricht. Dit kan de budgethouder zelf zijn, maar ook iemand uit het cliëntsysteem van de budgethouder, zoals een ouder, partner of familielid.

Uit het in de eerste helft van 2006 uitgebrachte ITS-rapport blijkt dat in 28% van de gevallen de budgethouder zelf de pgb-administratie voert; bij 68% is dat iemand uit het cliëntsysteem en bij 4% is er sprake van uitbesteding van de administratie. Veelal wordt de pgb-administratie van bruto budgetten van € 25 000 of hoger per jaar uitbesteed. De pgb-administratie is meestal uitbesteed aan een deskundige organisatie of persoon zoals een accountant, administratiekantoor of het SVB Servicecentrum PGB. Maar ook een zorgverlener verzorgt regelmatig de administratie van het pgb.

Bemiddelingsbureaus

Het CVZ heeft in het uitvoeringsverslag pgb-nieuwe-stijl over de periode juli 2004-juli 2005 een toename van het aantal bemiddelingsbureaus geconstateerd.

De desbetreffende passage in het uitvoeringsverslag was bedoeld om de zorg weg te nemen die het CVZ een jaar eerder nog had.

Uit een onderzoek van Per Saldo en de Consumentenbond in 2004 bleek namelijk dat deze organisaties onvoldoende duidelijk zijn over hun takenpakket en de tarieven. Dat lijkt toch echter vooral een ontwikkelingstraject te zijn. Per Saldo heeft naar aanleiding van het onderzoek een aantal vervolgstappen in gang gezet, dat gericht is op verbetering van de kwaliteit van de pgb advies- en bemiddelingsbureaus. Ook heeft Per Saldo een checklist voor budgethouders samengesteld, aan de hand waarvan zij kunnen nagaan of het bureau dat de budgethouder op het oog heeft, voldoet aan de kwaliteitscriteria.

Al met al is er geen reden om nader onderzoek te verrichten naar de bemiddelingsbureaus.

Financiële gegevens

Het pgb kent sinds 2005 een subsidieplafond. In 2006 is dat plafond vastgesteld op € 1 miljard. De bestedingen/ramingen van de middelen in de pgb-subsidieregeling(en) zien en zagen er als volgt uit.

Tabel 5 Bestedingen/ramingen pgb per jaar en aantal budgethouders

	2002	2003	2004	2005	2006
Aantal budgethouders	49 000	61 000	69 500	80 000	87 000
Oude stijl	€ 413 mln	€ 523 mln	€ 271 mln	€ 138 mln	
Nieuwe stijl		€ 130 mln	€ 451 mln	€ 721 mln	€ 1 mld
Totaal bestedingen/ ramingen	€ 413 mln	€ 653 mln	€ 722 mln	€ 859 mln	€ 1 mld

De financiële lasten van het SVB Servicecentrum PGB bedroegen in 2005 in totaal € 16 280 075, waarvan € 10 643 051 bureaunkosten en € 5 637 024 bijkomende kosten.

Daarnaast ontvangen de zorgkantoren tevens een vergoeding (in 2006 ca. € 15 miljoen) voor de uitvoering van de pgb-regeling-nieuwe-stijl.

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.

Zoals ik in mijn brief van 14 augustus jl. heb aangegeven, zal ik een rapportage over de voortgang ten aanzien van de zorgzwaartefinanciering in oktober aan uw Kamer zenden. Ik heb ervoor gekozen om – gezien de korte tijdspanne tot verschijning van de rapportage over de zorgzwaartefinanciering – in deze rapportage op dit onderwerp niet in te gaan.

Financiën

Ik wil u hier wel alvast een overzicht geven van de beschikbare financiële middelen voor de zorgzwaartefinanciering in 2006:

- ontwikkeling zorgzwaartepakketten inclusief toetsing van ontwikkelde pakketten in pilots (€ 1,4 miljoen);
- bijdrage aan de kosten van scoring van zorgzwaartepakketten door instellingen in het najaar van 2006 (€ 2 miljoen);
- organisatie voorlichtingsbijeenkomsten, communicatie, ondersteuning projectteam en overige kleine opdrachten (€ 0,5 miljoen);
- afrekening oude projecten zorgregistratie (€ 0,5 miljoen);
- werkzaamheden CIZ in het kader van de zorgzwaartebekostiging (PM).

6. Versterking van het verzekeringskarakter

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

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

Convenant zorgkantoren 2006–2008

VWS, ZN en CVZ hebben afspraken gemaakt over de taken en te leveren prestaties van de zorgkantoren, de daarvoor benodigde beheerskosten en randvoorwaarden. Het convenant is aangepast aan de nieuwe situatie waarin de zorgkantoren de AWBZ in de komende drie jaar moeten uitvoeren en anticipeert op eventuele ingrijpende beleidswijzigingen ten

aanzien van de AWBZ. Het convenant is gepubliceerd in de Staatscourant van 3 april jl. (nr. 66, pagina 17 e.v.).

Analyse marktontwikkelingen 2005–2006

Eind juni hebben CTZ en NZa een «Monitor extramurale awbz-zorg» uitgegeven. In deze rapportage zijn de marktontwikkelingen 2005–2006 in de extramurale AWBZ weergegeven. Zoals ik u tijdens het Algemeen Overleg over extramurale AWBZ knelpunten van 31 augustus jl. heb gemeld, zal een aanvullend onderzoek worden verricht. Het rapport over dit aanvullend onderzoek zal naar verwachting in het najaar worden afgerond. Mijn reactie op beide rapportages zal ik u daarna toezenden.

7. Toelating zorgaanbod

Doelstelling: meer keuzemogelijkheden voor de cliënt.

Toelatingen «zonder bouw»

Per 1 januari jl. is de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) van kracht. Met de inwerkingtreding van de WTZi is de behandeling en registratie van toelatingsaanvragen «zonder bouw» per 1 april 2006 overgegaan van het CVZ naar het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). Voor de inwerkingtreding van de WTZi zijn er meer aanvragen dan gewoonlijk ingediend. Deze aanvragen waren niet allemaal per 1 juli 2006 afgehandeld. Er staan nu nog 224 aanvragen open.

Cijfers

Er zijn tussen 1 januari 2006 en 1 juli 2006 269 aanvragen AWBZ verblijf en 154 aanvragen AWBZ extramurale functies ingediend. Er zijn tot 1 juli 2006 195 toelatingen voor extramurale AWBZ functies en 137 toelatingen voor AWBZ verblijf verstrekt. Dit betreft zowel de «oude» aanvragen (voor 1 januari 2006 ingediend) en «nieuwe» aanvragen (na 1 januari 2006 ingediend).

In de verslagperiode zijn geen toelatingen ingetrokken. Intrekken van toelatingen gebeurt alleen in uitzonderlijke situaties. Wel kan soms de geldigheid van een toelating worden beëindigd. Bijvoorbeeld bij een naamswijziging: dan eindigt de geldigheidsduur van de toelating op de oude naam op het moment waarop de toelating op de nieuwe naam ingaat.

AWBZ verblijf

Van de 269 aanvragen die tussen 1 januari en 1 juli 2006 ingediend zijn bijna 190 aanvragen afgehandeld; circa 80 aanvragen zijn nog in behandeling.

Er is één aanvraag buiten behandeling gesteld, omdat de visie van het zorgkantoor niet is overgelegd.

Er is één aanvraag voor AWBZ verblijf afgewezen in verband met het ontbreken van de visie van het zorgkantoor. Deze aanvraag zou gewoonlijk buiten behandeling worden gesteld, maar omdat men wel werd toegelaten voor extramurale functies, is ervoor gekozen de aanvraag voor verblijf af te wijzen.

Ongeveer 10 aanvragen (van de 269) betreffen nieuwe aanbieders; de andere aanvragen betreffen een wijziging in de toelating.

AWBZ extramurale functies

Van de 154 aanvragen die tussen 1 januari en 1 juli 2006 ingediend zijn circa 140 aanvragen afgehandeld; de andere aanvragen zijn nog in behandeling.

Er zijn zeven aanvragen afgewezen in verband met het niet voldoen aan de transparantie-eisen.

Ongeveer 70 aanvragen (van de 154) betreffen nieuwe aanbieders; de andere aanvragen (circa 85) betreffen een wijziging in de toelating.

Ten aanzien van de nieuwe aanbieders is niet geregistreerd of zij hun diensten al aan pgb-cliënten of niet zorgcliënten aanboden en dus niet helemaal nieuw zijn op de AWBZ-markt.

Registratie

Een aantal zaken wordt niet geregistreerd.

Zo wordt de achtergrond van nieuwe zorgaanbieders niet opgenomen. Wel is bekend dat de meeste nieuwe zorgaanbieders extramurale AWBZ zorg leveren.

Zorgaanbieders zijn niet verplicht aan te geven of zij reeds uit hoofde van andere wetgeving worden gefinancierd (welzijn, jeugdzorg) of als onderaannemer fungeren van reeds toegelaten instellingen (bijv. thuiszorg). Soms wordt dit wel aangegeven door de zorgaanbieder, maar dit wordt niet geregistreerd.

Niet bekend is welk percentage en type intramurale zorgaanbieders thans extramurale producten levert. Het CIBG registreert niet apart welke intramurale aanbieders ook extramurale producten mogen leveren.

Alleen bij aanvragen AWBZ verblijf wordt de capaciteit opgenomen. Er kan dus alleen gerapporteerd worden over wijzigingen in de bestaande capaciteit. Als een toegelaten instelling een bepaalde functie niet langer uitoefent, heeft dit geen effect voor de toelating. Het recht om de functie uit te oefenen blijft, er is geen plicht om de functie ook daadwerkelijk in een bepaalde omvang uit te oefenen.

Toelatingen «met bouw»

Met de inwerkingtreding van de WTZi worden AWBZ-toelatingen «met bouw», in casu alle toelatingsaanvragen die gepaard gaan met bouwprojecten die onder het bouwregime van de WTZi vallen, behandeld door de Eenheid Bouw van VWS.

Bouwaanvragen, onderhevig aan het bouwregime van de WTZi, doorlopen een procedure die bestaat uit allereerst de toelatingswijziging die afgegeven wordt door VWS (met advies van het College Bouw), daarna een vergunning die afgegeven wordt door het College Bouw, en eventueel daarna een eindafrekening, welke ook afgewikkeld wordt door het College Bouw.

Bouwaanvragen hebben in de meeste gevallen te maken met de AWBZ functie verblijf, welke functie wordt uitgedrukt in toegelaten plaatsen. In een minderheid van de gevallen kan het ook gaan om andere functies waarbij bouw betrokken is, bijvoorbeeld ondersteunende begeleiding in de vorm van dagbesteding. Of activerende begeleiding en behandeling bij de ombouw van verzorgingshuis naar verpleeghuisplaatsen. In deze gevallen worden deze functies meegenomen bij de behandeling van de toelating met bouw.

Cijfers

Er zijn tussen 1 januari 2006 en 1 juli 2006 280 aanvragen «met bouw» ingediend. Hiervan betreft 96% al eerder toegelaten instellingen. De overige 4% zijn aanvragen voor nieuwe toelatingen; dit zijn kleine, vaak specialistische instellingen, zoals een kinderdagcentrum.

In dezelfde periode zijn 233 aanvragen afgehandeld, dit betreft zowel «oude» aanvragen (van voor 1 januari 2006) als «nieuwe» aanvragen (na 1 januari ingediend).

In de verslagperiode zijn geen toelatingen ingetrokken.

In de verslagperiode zijn twee aanvragen geweigerd omdat zij niet de instemming van het zorgkantoor hadden en twee op basis van de advisering van het College Bouw.

Tien aanvragen zijn aangehouden, omdat de aanvragers niet beschikken over een bouwprioriteit, tot de eerstvolgende prioritering eind 2007.

Een honderdtal aanvragen is ofwel afgehandeld onder de restrictie dat bij de volgende fase wijzigingen moeten zijn aangebracht, ofwel afgehandeld nadat de aanvraag is aangepast.

8. Scheiden van wonen en zorg

Bij brief van 20 juli 2006 (TK 2005–2006, 27 659, nr. 78) heb ik u uitgebreid geïnformeerd over de voortgang bij het scheiden van wonen en zorg. In deze brief wordt aangegeven dat in de afgelopen jaren veel is gebeurd om nieuwe arrangementen van wonen, zorg en welzijn op basis van scheiden van wonen en zorg mogelijk te maken.

Veel belemmeringen zijn opgeheven en met onder meer het Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ), de Woonzorgstimuleringsregeling, de subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg en de uitvoering van het «Actieplan «Investeren in de toekomst» en een nieuwe regeling voor de financiering van zorginfrastructuur werd en wordt het scheiden van wonen en zorg gestimuleerd.

In de brief worden nog eens het perspectief en de doelstellingen van het scheiden van wonen en zorg geschetst. Tevens zijn de resultaten aangegeven. Met name in de sector verpleging en verzorging is vooruitgang geboekt: in de periode 1980–2005 is het aantal intramurale plaatsen per 80-plusser gehalveerd onder gelijktijdige uitbouw van de zorg thuis, waarbij sprake is van steeds meer variatie in woon-zorg-welzijnarrangementen.

Als bijlage bij de bovengenoemde brief is de nulmeting van de uitvoering van het Actieplan wonen en zorg gevoegd. Hieruit blijkt dat bij nieuwbouw de productie van nultredenwoningen goeddeels op schema ligt. Over «verzorgd wonen» bestaan (nog) onvoldoende gegevens, maar er zijn indicaties dat «verzorgd wonen» onvoldoende tot stand komt. Uit de WoON-meting die eind 2006 beschikbaar komt, zal de feitelijke ontwikkeling blijken.

In de brief is aangegeven dat de lijn van stimuleren van wonen en zorg wordt doorgezet waarbij een aantal maatregelen wordt genoemd, zoals de geplande invoering van «full package». Voor het breed invoeren van scheiden van wonen en zorg vindt nader onderzoek plaats, waarbij de gevolgen van het zelf betalen voor het wonen voor burgers, zorgaanbieders, corporaties en de overheid wordt onderzocht.

Voor een meer uitgebreide toelichting op deze maatregelen verwijs ik naar de voortgangsbrief van 20 juli 2006.

9. Financiën

Aangezien er binnen VWS voor het groot project modernisering AWBZ geen aparte projectbegroting is, heb ik ervoor gekozen om u inzicht te geven in de financiële middelen 2006 die beschikbaar zijn voor uitvoerende organisaties voor de verschillende onderdelen van het project modernisering AWBZ. Bij de desbetreffende paragrafen heb ik u per deeltraject een financieel overzicht gegeven; deze zijn in onderstaande tabel opgenomen.

Tabel 6 Middelen per deeltraject

Middelen modernisering AWBZ (in euro) 2006

AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR)

Landelijke beheerskosten CVZ	1 500 000
Beheerskosten zorgkantoren	3 300 000

Indicatiestelling

Instellingssubsidie CIZ	152 900 000
– indicatiestelling AWBZ: 150 900 000	
– sociaal plan: 2 000 000	
Project voor de transitie van de organisatie (doorloop 2006)	pm
Project non-indicaties (doorloop 2006)	pm

PGB

PGB nieuwe stijl	ca. 1 000 000.000
SVB Servicecentrum PGB 2005	16 280 075
Beheerskosten zorgkantoren	15 170 000

Zorgzwaartebekostiging

Ontwikkeling zorgzwaartepakketten (incl. toetsing pakketten in pilots)	1 400 000
Kostenbijdrage van scoring zorgzwaartepakketten door instellingen	2 000 000
Organisatie voorlichtingsbijeenkomsten, communicatie, etc.	500 000
Afrekening oude projecten zorgregistratie	500 000
Werkzaamheden CIZ i.h.k.v. zorgzwaartepakketten	pm
Beheerskosten zorgkantoren	1 600 000

10. Tot slot

Recent heb ik twee rapporten ontvangen die een beeld geven van de wachtlijstontwikkelingen in de AWBZ in 2005. Het rapport van het CVZ geeft inzicht in de ontwikkelingen in de verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg, en gaat vooral in op de wachtlijst. Het rapport van de brancheorganisatie GGZ-Nederland gaat over ontwikkelingen in geestelijke gezondheidszorg. Beide rapporten zijn als bijlagen 3 en 4¹ bij deze voortgangsrapportage bijgevoegd.

Deze rapporten laten nogmaals zien dat er in 2005 sprake is van een evenwichtsituatie in de AWBZ. De hoge instroom in de AWBZ wordt doorgaans tijdig opgevangen. Verder is er geen wachtlijst voor extramurale zorg. Er is wel een wachtlijst voor zorg met verblijf, maar uit het CVZ-rapport blijkt dat nagenoeg iedereen die op intramurale zorg wacht, wel alvast AWBZ-zorg krijgt aangeboden. Het gaat hierbij om overbruggingszorg, veelal aangeboden in de thuissituatie. Er resteert een echt urgente wachtlijst van circa 4 000 personen. Dit is 10% van de totale wachtlijst van mensen die wachten op AWBZ-zorg in een instelling (intramurale zorg). De mensen die op de urgente lijst staan, krijgen weliswaar overbruggingszorg, maar die is niet toereikend.

Het CVZ meldt dat deze urgente wachtlijst bestaat uit enkele specifieke groepen, zoals dementerenden die wachten op zorg met verblijf en behandeling, en personen met vaak meervoudige problemen die moeilijk in het bestaande, nog overwegende sectoraal georganiseerde, AWBZ-aanbod zijn te plaatsen. Daarnaast maken jongeren, die in toenemende mate een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg, een substantieel deel uit van de personen die moeilijk zijn te plaatsen. Het is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor en de zorgaanbieders in de regio om te zorgen voor voldoende zorgaanbod dat aansluit op de vraag. De knelpunten ten aanzien van de genoemde probleemgroepen zijn vooral op te lossen door het uitbreiden van de beschikbare capaciteit. Op dit punt blijf ik mijn beleid voortzetten, namelijk verzoeken om uitbreiding van de intramurale capaciteit (bijvoorbeeld voor de zorg aan dementerende ouderen) honoreren. Verder heb ik al € 31 miljoen extra middelen voor dit jaar ter beschikking gesteld om de wachttijd in de jeugd-ggz te verminderen.

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

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.