

Vergaderjaar 2003–2004

**26 631**

**Modernisering AWBZ**

**Nr. 74**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 maart 2004

In het kader van de halfjaarlijkse rapportage over het groot project modernisering AWBZ treft u hierbij de 6e voortgangsrapportage over het 2e halfjaar 2003 aan. Bij deze rapportage is de door Twijnstra & Gudde uitgevoerde audit gevoegd. Deze audit wordt jaarlijks in het kader van de procedure groot project uitgebracht<sup>1</sup>.

De voortgangsrapportage bevat conform de voorgeschreven procedure een terugblik op het afgelopen halfjaar met een accent op de feitelijke activiteiten. Alleen waar dat met het oog op die activiteiten nodig is wordt de samenhang met in 2004 uit te voeren werkzaamheden benoemd. De audit heeft betrekking op het hele jaar 2003 en bevat een aantal conclusies, die TG trekt op basis van het raadplegen van de belangrijkste documenten in 2003 en gesprekken met vertegenwoordigers van veldpartijen en medewerkers van mijn ministerie.

In de audit worden kritische kanttekeningen geplaatst bij de samenhang van de modernisering van de AWBZ en het voornemen voor de Wet maatschappelijke ondersteuning en het nu terugleggen van de organisatie van het groot project in de staande organisatie. Maar ook wordt geconcludeerd dat – gegeven de politiek en bestuurlijk lastige context en de complexiteit van het moderniseringsproject – er een prestatie op niveau is geleverd.

Voor ik inga op de kritische noten wil ik nog eens het in de audit genoemde karakter van de modernisering van de AWBZ onderstrepen. De modernisering is een majeure veranderingsoperatie met een programma dat zich over meerdere jaren uitstrekt. In dat meerjarig programma is 2003 cruciaal, omdat per 1 april 2003 de regelgeving conform de voorstellen in de modernisering is gewijzigd en er sprake is van verzekerde aanspraken in termen van functies. Daarmee is de ontschotting tussen sectoren binnen de AWBZ in de regelgeving een feit en is ook het persoonsgebonden budget AWBZ-breed geregeld.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Het meerjarig karakter van de veranderingsoperatie komt o.a. tot uitdrukking in het gefaseerd invoeren van de veranderingen in de keten van zorgvraag tot zorgverlening. Een fasering die bij een zo omvangrijk veranderingsproces onontkoombaar is en uit oogpunt van zorgvuldigheid noodzakelijk. Gevolg hiervan is dat steeds weer gezorgd moet worden voor een goede aansluiting tussen «nieuw» en «oud» en dat brengt soms dubbel werk met zich mee.

Met de wijziging van het Besluit zorgaanspraken van de AWBZ per 1 april 2003 is de verandering voor de gehele zorgketen onomkeerbaar en heeft de verandering gevolgen voor alle partijen. Voor zorgvragers komt dat nu al tot uitdrukking in een grotere keuzevrijheid. Zorgaanbieders kunnen AWBZ-breed zorg leveren (ontschotting) en is per 1 januari 2004 de bekostiging gebaseerd op prestaties. In de eerste helft van 2003 heeft het accent gelegen op het vanaf 1 april 2003 invoeren van de pgb-regeling «nieuwe stijl»<sup>1</sup> en het functiegericht indiceren.

Bewust is geïnvesteerd in het voorkomen van problemen voor cliënten als gevolg van de overstap van «oud» naar «nieuw». Ondanks die investering is de overstap niet feilloos verlopen, maar het is de vraag of het bij een zo grote veranderingsoperatie reëel is dat te veronderstellen. Wel kan – zoals in de audit gebeurt – worden geconstateerd dat de overstap uiteindelijk niet tot grote problemen heeft geleid en waar deze zich voordeden tijdige en adequate ondersteuning is geboden. In dit verband is de brief van 11 juni 2003 aan de Voorzitter van Tweede Kamer met een tussenrapportage over de modernisering relevant. Op basis van de monitoring door het CVZ is geconstateerd dat de implementatie in de eerste maanden zonder veel problemen is verlopen.

De audit concludeert dat de veldpartijen de samenhang tussen de met de modernisering van de AWBZ beoogde doelen en die van de voorgenomen Wet maatschappelijke ondersteuning niet zien en dat het ministerie hierover onvoldoende communiceert. Los van de vraag of dit objectief kan worden vastgesteld, is de constatering op zich al voldoende reden hieraan in de komende periode meer aandacht te schenken, te beginnen bij deze brief.

Er mag geen misverstand over bestaan, dat de modernisering van de AWBZ nog steeds volop prioriteit heeft. Het met de introductie van de vraagsturing in de modernisering ontwikkelde instrumentarium wordt stap voor stap geïntroduceerd en zal daarmee het instrumentarium van de aanbodsturing vervangen. Dat is niet alleen van belang met het oog op zorg op maat en de keuzevrijheid voor cliënten, maar ook uit oogpunt van beheren en beheersen. De aanbodsturing kent geen instrumenten die inzicht geven in het recht op en de omvang van zorg op cliëntniveau met de bijbehorende transparantie in termen van zorglevering en verantwoording. In het kader van de modernisering zijn de verantwoordelijkheden van partijen scherp gedefinieerd en waar nodig gescheiden. Zo leidt het indiceren ertoe dat de vraag om zorg als claim onafhankelijk en objectief wordt beoordeeld. Op die claimbeoordeling kan vervolgens ook met het oog op doelmatige inzet van zorg en beheersing van de uitgaven worden gestuurd. Het vanaf 1 januari 2004 koppelen van de verantwoording door zorgaanbieders aan geïndiceerde zorg verbindt het recht op zorg van cliënten met de bekostiging op basis van prestaties waarmee in het kader van de functiegerichte bekostiging per 1 januari 2004 voor de extramurale zorg een begin is gemaakt. In deze context past ook de in december 2003 gestarte inventarisatie van niet geïndiceerde zorg over de resultaten waarvan ik u separaat zal informeren. Met het in 2005 voor de extramurale zorg zetten van de vervolgstap naar functiegerichte bekostiging en het in dat jaar verbreden naar de intramurale zorg wordt het instrumentarium voor de vraagsturing ook in de bekostiging onomkeerbaar. De implemen-

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

tatie van de AWBZ-brede zorgregistratie, die in het 1e kwartaal 2005 moet zijn afgerond, leidt er vervolgens toe dat er in de AWBZ een systeem operationeel wordt dat inzicht geeft in de keten van zorgvraag tot zorglevering op cliëntniveau. Met de implementatie van het volledige instrumentarium is sturing op de uitgaven in het kader van de AWBZ beter mogelijk, dan nu het geval is bij de zogenaamde geclausuleerde open einde financiering in de aanbodsturing. In dit verband is het goed nog eens op te merken dat de huidige kostenstijging in de AWBZ ook niet moet worden gekoppeld aan de modernisering. Ook waar het het persoonsgebonden budget betreft is er geen sprake van een sterkere stijging van het aantal budgethouders als gevolg van de modernisering. Voor het persoonsgebonden budget geldt vanaf 1 april 2003 voor de nieuwe instroom wel het volledig gemoderniseerde systeem. De cijfers over 2003 laten geen andere trend zien dan de jaren ervoor. Overigens is ook met het introduceren van het «pgb-nieuwe stijl» de verantwoordelijkheidstoedeling verscherpt. Cliënten die kiezen voor een persoonsgebonden budget zijn zelf de verantwoordelijk voor het uitbetalen van hun zorgverleners en de verantwoording van het budget voor zorg, inclusief het bedrag dat in het verleden als zijnde forfaitair vrij besteedbaar was zonder verantwoording (vervangen door 1,5% voor kosten budgethouderschap). Alleen in gevallen waarin sprake is van volledig werkgeverschap is ondersteuning vanuit het servicecentrum van de SVB mogelijk.

Naast het beheersen is ook beheer van de AWBZ noodzakelijk. In dit kader zal ik de komende periode ook bezien in hoeverre met de introductie van de functiegerichte aanspraken er ruimte is gecreëerd voor substitutie-effecten, die er voorheen niet was. En dat geldt ook met betrekking tot de toelating van nieuwe zorgaanbieders. Ter zake is reeds een handreiking functiegerichte aanspraken van het College voor Zorgverzekeringen uitgebracht en zal in maart een signalement worden gepresenteerd. In het kader van dat beheer zie ik ook de centralisatie van de indicatiestelling in het Centrum Indicatiestelling Zorg en plaatsbepaling van de zorgkantoren waarover ik dit voorjaar een brief aan de Kamer zal voorleggen. Ook past in dit kader de voorgenomen vereenvoudiging van de eigen bijdrage-regeling, die tevens een bijdrage levert aan de vermindering van administratieve lasten. Overigens moet in het kader van het beheren van de gemoderniseerde AWBZ in de komende jaren nauwlettend worden gevolgd wat de effecten zijn van het met de invoering van de modernisering geïntroduceerde instrumentarium. Het zou «te mooi om waar te zijn» zijn, dat invoering van een zo ingrijpende verandering met een nieuw sturingsmechanisme niet in de eerste jaren op onderdelen verfijning en bijstelling behoeft. In dat licht past ook de aangekondigde evaluatie van het «pgb-nieuwe stijl», omdat daar na één jaar de eerste ervaringen concreet in kaart kunnen worden gebracht en waar nodig tot aanpassing van het beleid kunnen leiden.

Kortom: de doelen van de modernisering zijn nog steeds actueel en de inspanningen om de randvoorwaarden daarvoor te creëren zullen in de komende periode door alle betrokken partijen onverminderd moeten worden geleverd. De voorgenomen WMO doet daaraan niets af, maar beoogt antwoord te geven op de actuele ontwikkeling. Die ontwikkeling heeft betrekking op de ook al in het kader van de modernisering genoemde kostenontwikkeling in de zorg en de in de afgelopen jaren op gang gekomen extramuralisering in de zorgverlening. Die extramuralisering vergt een samenhangend beleid op de terreinen wonen, zorg en welzijn en de verantwoordelijkheid van het lokaal bestuur. In dit licht pas ook een kritische analyse van het pakket verzekerde aanspraken. Hiervoor heb ik al gewezen op mogelijke ongewenste substitutie-effecten met aanpalende terreinen en de noodzaak binnen het gemoderniseerde instrumentarium voldoende aandacht te schenken aan de kostenbeheersing. In

het kader van de ontwikkeling van de WMO kom ik eind maart 2004 terug op het vraagstuk van de samenhang tussen de AWBZ en de op lokaal niveau aan te brengen integrale beleidsontwikkeling.

De conclusie dat het moment waarop een project in de staande organisatie wordt teruggelegd arbitrair is, deel ik in die zin dat dat per definitie het geval is bij een project dat het karakter van een programma heeft. Vorig jaar is zowel in het veld als in de audit aangegeven, dat integratie van het project in de lijnorganisatie geboden was. Daarmee is in de loop van 2003 een begin gemaakt door de verantwoordelijkheid voor de functiegerichte bekostiging neer te leggen bij één van de care-directeuren. De overdracht van dit – terecht in de audit aangemerkt als belangrijk – deelproject heeft in het afgelopen jaar niet tot fricties of verminderde aandacht geleid. Dat het AWBZ-brede karakter in de aansturing van het project wordt gehandhaafd, blijkt onder andere uit het intact laten van de overlegstructuur voor het groot project, zowel intern als extern. Er is een bewuste keuze gemaakt om de deeltrajecten zorgregistratie en functiegerichte bekostiging in één hand onder te brengen omdat het trajecten betreft, die conceptueel voldoende zijn ontwikkeld, maar waarvan de implementatie nog veel aandacht vergt en die projectmatig worden uitgevoerd. Voor het traject PGB geldt dat met de invoering per 1 april 2003 de ratio voor een projectstructuur niet langer aanwezig is. Er zal wel AWBZ-breed worden gewerkt. Voor de indicatiestelling ligt de komende periode het accent op het afronden van de implementatie van de functiegerichte indicatiestelling en het centraliseren van de indicatiestelling in één landelijke organisatie. De vorming daarvan heb ik opgedragen aan het bestuur van de per 1 april a.s. te starten stichting Landelijk Centrum Indicatiestelling.

De inbedding van het project in de staande organisatie is zorgvuldig voorbereid en past in de voorgenomen aanpassing van de organisatiestructuur van de care-directies als gevolg van de modernisering van de AWBZ.

De audit wijst tot slot op het niet denkbeeldige gevaar dat de modernisering in technische zin wordt gerealiseerd, maar de beoogde doelstelling van een modern vraaggestuurd stelsel niet wordt behaald. De financiële problematiek en de onduidelijkheid rond de inhoud van de WMO worden daarvoor als oorzaken genoemd. Eerder in deze brief ben ik al ingegaan op de samenhang tussen de gemoderniseerde – met daaronder een dikke streep – AWBZ en het lokale beleid, zoals voorzien in de WMO. Waar het gaat om de financiële problematiek kan het niet zo zijn, dat een verandingsoperatie staat of valt met meer of minder financiële middelen. De afgelopen jaren is de groei van de uitgaven, bijvoorbeeld in het kader van de aanpak wachtlijsten, ook niet op het conto van de modernisering geschreven. Eerder in deze brief heb ik nog eens beknopt de noodzaak tot en het nut van de modernisering – ook in het huidige tijdsgewricht – uiteengezet. Ten principale is de ruimte gecreëerd de doelstelling van de modernisering inhoud te geven en voor alle partijen ligt er de opdracht daaraan praktische uitvoering te geven. Het resultaat daarvan zal voor het uiteindelijke welslagen van de modernisering bepalend zijn.

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

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>pag.</b>
1. INLEIDING	5
2. IMPLEMENTATIE MODERNISERING VAN DE AWBZ	6
2.1 Indicatiestelling	6
2.2 Functiegerichte bekostiging	8
2.3 Versterking verzekeringskarakter	9
2.4 AWBZ brede zorgregistratie	10
2.5 Uitvoering PGB	12
2.6 Toelating en uitbreiding zorgaanbod	13
3. MODELTRAJECTEN EN SIMULATIES	14
4. REGELGEVING	14
5. BESTURING VAN HET PROJECT	15
5.1 Algemeen	15
5.2 Geactualiseerd implementatietijdpad	16
5.3 Geactualiseerde rapportageplanner	17
6. FINANCIËN	17

**Bijlagen<sup>1</sup>**

- audit Twijnstra Gudde groot project mAWBZ (Bijlage 1)
- kernmonitor pgb nieuwe stijl (Bijlage 2)
- eindrapportage modeltrajecten Zorg in Natura (Bijlage 3)

**1. Inleiding**

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

Met deze wijziging in de regelgeving is de met de modernisering beoogde verandering onomkeerbaar geworden en richt alle energie zich op de implementatie. Daarbij is er sprake van een faseverschil tussen de verschillende deeltrajecten. De invoering van de AWBZ-brede pgb-regeling is per 1 april 2003 voor nieuwe cliënten over de volle breedte ingevoerd. Voor cliënten, die al beschikten over een pgb is er een overgangsregime. De invoering van de functiegerichte indicatiestelling vergt nog een conversieslag voor de zorg in natura omdat voor de bekostiging in de naturazorg gefaseerd de overstap wordt gemaakt naar de functiegerichte bekostiging. En ook in de zorgregistratie wordt met de invoering van fase 3 de overstap van producten naar functies gemaakt. In een zo omvangrijke veranderingsoperatie is gefaseerde invoering onontkoombaar, maar dat brengt wel extra werk met zich mee, omdat in de overgangsfase soms dubbel werk moet worden gedaan, om de aansluiting tussen oud en nieuw te waarborgen. Zoals uit onderstaande rapportage blijkt is in de verslagperiode waar nodig bijgesprongen om problemen bij de indicatiestelling en de zorglevering op te vangen.

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

- plan van aanpak invoering functiegerichte bekostiging (TK 2002–2003, 26 631, nr. 55);

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

- advies College Implementatie Indicatiebeleid (TK 2003–2004, 26 631, nr. 61);
- standpunt kabinet op het advies (TK 2003–2004, 26 631, nr. 61);
- brief naar aanleiding van het AO op 13 november (TK 2003–2004, 26 631, nr.65);
- voortgangsrapportage AZR derde kwartaal 2003 (TL 2003–2004, 26 631, nr. 69).

Tot slot heeft in het afgelopen half jaar op 13 november een Algemeen Overleg plaatsgevonden over de modernisering AWBZ.

Bij deze rapportage zijn 3 bijlagen gevoegd:

- audit Twijnstra en Gudde groot project mAWBZ;
- kernmonitor pgb-nieuwe-stijl;
- eindrapportage modeltrajecten zorg in natura.

## **2. Implementatie modernisering van de AWBZ**

Deze paragraaf behandelt de voortgang ten aanzien van:

- functiegerichte indicatiestelling;
- functiegerichte bekostiging;
- versterking van het verzekeraarskarakter van de AWBZ;
- AWBZ-brede zorgregistratie;
- uitvoering PGB;
- toelating en uitbreiding zorgaanbod.

### *2.1 Indicatiestelling*

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

Na terugval in de productie als gevolg van de overstap naar de indicaties in functies en klassen heeft zich in het najaar de productie bij de RIO's hersteld. Ondanks deze stijgende productielijn werden de RIO's geconfronteerd met stijgende werkvoorraden, als gevolg van verhoogde instroom van vooral het aantal herindicaties en het aantal aanvragen voor al in zorg genomen cliënten die nog geen RIO-indicatie hebben.

De door de Taskforce Indicatiestelling nader in kaart gebrachte werkvoorraden geven het volgende beeld. Eind december 2003 geldt dat 20 RIO's weer op het oude niveau zitten met een afhandelingstermijn van gemiddeld twee weken. Voor 50 RIO's geldt dat zij met hun productieniveau een afhandelingstermijn van gemiddeld zes weken halen. Een deel van deze 50 RIO's moet voor het halen van dit productieniveau wel een beroep doen op hulp van buiten de regio. Resteren nog acht RIO's waar directe ondersteuning vanuit de Taskforce nodig is om de werkvoorraden tot aanvaardbaar niveau terug te brengen.

Overigens is er voor gezorgd dat de start van de zorgverlening niet in gevaar kan komen vanwege de achterstanden bij de RIO's. In dergelijke gevallen start de zorg en wordt achteraf een indicatie gesteld. Dit zogenaamde noodscenario is in overleg met het CVZ en het CTZ tot stand gekomen.

### *Productiegegevens*

De productie van de RIO's uitgedrukt in aantallen afgegeven nieuwe indicaties V&V vertoont al jaren een stijgende lijn. Ook in 2003 is de productie, ondanks de introductie van de functiegerichte indicatiestelling, gestegen.

**Tabel 1: Ontwikkeling productie**

Jaartal	Totaal aantal afgegeven nieuwe indicaties V&V*	Jaarlijkse groei
1999	430 000	
2000	485 000	+ 12,8%
2001	548 000	+ 13,0%
2002	600 000	+ 9,5%
2003	688 000	+ 14,6%

Dat de productie van de RIO's blijft stijgen, wil niet zeggen dat de achterstanden weggewerkt zijn. In de brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 21 november 2003 is gewezen op de onwaarschijnlijke groei van het aantal indicatieaanvragen. Die groei leidt er toe dat ondanks de productiestijging bij de RIO's tot boven het niveau van 2002 de werkvoorraden oplopen. Uit een eerste beperkte analyse eind 2003 kwam naar voren dat die groei niet voortkomt uit een groeiende zorgvraag, maar uit het voorleggen van (her)indicatieverzoeken van reeds in zorg zijnde cliënten. Als gevolg van de in het kader van de modernisering te realiseren transparantie in de keten ontstaat gaandeweg voor de zorgkantoren de mogelijkheid de match tussen geïndiceerde en geleverde zorg te maken en is het met het oog op het «boter-bij-de-vis» principe voor zorgaanbieders belangrijk de indicatie en de zorglevering één op één te kunnen verantwoorden. De Taskforce zal in het 1e kwartaal de verhoogde instroom in kaart brengen en uit een uitgebreide analyse zal moeten blijken wat de oorzaak is van het in zorg zijn van cliënten zonder geldige indicatie. Op basis hiervan zal een plan van aanpak worden opgesteld om duidelijkheid te krijgen over al dan niet terecht verleende zorg en het op orde brengen van de indicatiestelling voor deze cliënten. In dit licht zijn de onderstaande aantallen niet meer vergelijkbaar.

**Tabel 2: Ontwikkeling achterstanden**

	1 nov 2000	1 dec 2001	1 dec 2002	19 dec 2003
achterstand bij 6 weken	2 487	25	113	3 510
aantal RIO's	10	1	3	8
achterstand bij 2 weken	16 923	7 848	6 007	22 477
aantal RIO's	52	42	30	58

#### *Integrale indicatiestelling*

We spreken op twee manieren van integrale indicatiestelling. Binnen de AWBZ is er sprake van integrale indicatiestelling als voor alle drie (oude) AWBZ sectoren wordt geïndiceerd. Daarenboven vindt er bij een aantal RIO's ook een integratie plaats met de indicatiestelling voor de Wvg. Het RIO is per 1 januari 2002 verantwoordelijk voor de indicatiestelling gehandicaptenzorg. Hoewel partijen oorspronkelijk waren overeengekomen dat uiterlijk per 1 januari 2004 het mandaat van de RIO's aan het LCIG zou aflopen om de indicatiestelling voor mensen met een handicap uit te voeren blijkt inmiddels dat het integreren van de uitvoerende indicatiestellingsactiviteiten van het LCIG in de RIO's meer tijd vraagt. Vooral de besluitvorming over de centralisatie van indicatiestelling in één landelijke organisatie heeft de vraag opgeroepen of de voorgenomen overheveling van formatieplaatsen naar de RIO's nog zinvol is. Gekozen is nu voor een – afhankelijk van de regionale situatie – integratie van de indicatiestelling door LCIG-medewerkers op basis van praktisch afspraken. Dat kan door het nog enige tijd continueren van de mandaatovereenkomst of het op een RIO-locatie uitvoeren van de indicatiestelling. De integratie met de indicatiestelling GGZ vindt plaats door of mensen in dienst te nemen van de RIO's, of door mandaten af te geven aan de oude LZA-commissie. Op dit moment wordt onderzocht of zich bij deze integratie problemen voordoen.

Naar aanleiding van het advies van het College Evaluatie Implementatie Indicatiebeleid onder voorzitterschap van de heer Buurmeijer over de bestuurlijke positionering van de RIO's is bij brief van 7 november 2003 het standpunt ingenomen dat het wenselijk is de indicatiestelling voor de AWBZ te concentreren in één landelijke organisatie, die uiteraard deze taak zo dicht mogelijk bij de zorgvrager uitvoert. Dit standpunt is door de Tweede Kamer onderschreven. Inmiddels is de Tweede Kamer middels een plan van aanpak begin februari 2004 geïnformeerd over de voorgenomen centralisatie.

#### *Vereenvoudiging en uniformering*

Snelle en zorgvuldige afhandeling van eenvoudig te verwerken aanvragen blijft van groot belang voor cliënt en zorgaanbieder. De tijd die verstrijkt tussen de indicatiestelling en de aanvang van zorglevering moet waar mogelijk worden bekort. Daarom zijn modeltrajecten uitgevoerd waarin is onderzocht wat de mogelijkheden zijn om bepaalde zorgvragen te standaardiseren in termen van geïndiceerde zorg. Standaardisatie maakt het mogelijk snel (per direct) indicaties te verstrekken, dan wel hier afspraken over te maken met zorgverleners, huisartsen en lokale loketten. Bij standaardisaties wordt bijvoorbeeld gedacht aan cliënten die na een operatie zijn ontslagen uit het ziekenhuis en cliënten met duidelijk omschreven enkelvoudige zorgvragen in de sfeer van verpleging, verzorging en huishoudelijke zorg. De modeltrajecten zijn uitgevoerd in zes regio's: Friesland, Groningen, Noord Holland-Noord, Midden Brabant, Midden Limburg en Amsterdam. Inmiddels is een aantal gestandaardiseerde indicaties op het terrein van V&V beschreven waarover nader overleg met zorgaanbieders en indicatiestellers plaatsvindt. Deze standaardisering laat onverlet de eindverantwoordelijkheid van de indicatieorganen voor de indicatiebesluiten en de mogelijkheid van cliënten om bezwaar en beroep aan te tekenen. Om die verantwoordelijkheid te kunnen nemen, moeten indicatieorganen over instrumenten beschikken om de controles uit te voeren en waar nodig de afgiftebevoegdheid van zorgaanbieders, huisartsen of lokale loketten in te trekken.

#### *Bedrijfsvoering*

De behoefte aan inzicht in de prestaties van indicatieorganen in relatie tot de kosten en de inzet van menskracht en middelen is groot. Gegeven de mogelijkheden van het AWBZ-brede registratiesysteem en de verbeterde software voor de indicatieorganen om concrete informatie te leveren over de prestaties van indicatieorganen is met betrokken partijen overlegd over het snel uitvoeren van een benchmark. Eind vorig jaar is de eerste fase ingegaan. Het benchmarktraject wordt vanwege de behoefte aan directe sturing fasegewijs uitgevoerd. Na elke fase wordt er verantwoording afgelegd over de bereikte resultaten.

#### *2.2 Functiegerichte bekostiging*

Op het terrein van de invoering van de functiegerichte bekostiging (FB) zijn in de verslagperiode de volgende stappen gezet:

- Op 29 augustus is het plan van aanpak invoering FB naar de Tweede Kamer gezonden (TK vergaderjaar 2002–2003, 26 631, nr. 55). In dit plan wordt uitgebreid ingegaan op het eindmodel van de FB (modulair opgebouwd functietarief), de rol van partijen, de registratie en verantwoording, de randvoorwaarden en de technische invoering rond extra- en intramurale bekostiging.
- Wat betreft de extramurale bekostiging is de verslagperiode gebruikt om de overstap te maken van een sectorale productbenadering naar een AWBZ-brede productbenadering. De grote inzet van alle partijen heeft erin geresulteerd dat 1 januari jl. een nieuwe AWBZ-brede beleidsregel in werking is getreden. Daarin zijn alle bestaande extra-

murale producten uit alle sectoren<sup>1</sup> gegroepeerd onder de functies en daarbinnen zoveel mogelijk zowel inhoudelijk als financieel geharmoniseerd. Vanuit de AWBZ-brede productgeoriënteerde beleidsregel zal in 2004 de overstap worden gemaakt naar de AWBZ-brede functiebenadering uit het eindmodel. Voor deze overstap zijn de AWBZ-brede KPMG-onderzoeksgegevens uiterst relevant.

- Wat betreft de intramurale bekostiging is in goede samenwerking met de partijen begonnen de zorg die intramuraal in de verschillende sectoren wordt geleverd AWBZ-breed te beschrijven in een beperkt aantal intramurale zorgarrangementen (IZA). De IZA's moeten van dien aard zijn dat ze AWBZ-breed hanteerbaar zijn en daarbij voldoende discrimineren naar de speciale categorieën in zorgzwaarte zoals die in meerdere sectoren kunnen voorkomen (bijvoorbeeld de groeps grootte bij gedragsproblematiek of speciale deskundigheden bij instabiliteit van de aandoening).
- Daarnaast zijn voorbereidende werkzaamheden verricht op het terrein van de randvoorwaarden. De aanvraag uitvoeringstoets voor het opheffen van de contracteerplicht extramurale zorg kan begin 2004 uit. Ook is in nauwe samenwerking met ZN begonnen met het invulling geven aan de prikkel- en prestatiestructuren bij zorgkantoren. Over beide onderwerpen meer in de volgende voortgangsrapportage.
- Invoering van de FB wordt door het CVZ ondersteund doordat zij zorgkantoren faciliteren bij hun zorginkoop in een functiegerichte omgeving. In dat kader heeft het CVZ eind 2003 een rapport uitgebracht waarin zij het ministerie aanbeveelt op de ingeslagen weg door te gaan. Dat wil zeggen: het weghalen van drempels voor toetreding van aanbieders, opheffen contracteerplicht en invullen prikkelstructuur zorgkantoren. Tevens komt het CVZ met additionele voorstellen voor ondersteuning.

### *2.3 Versterking van het verzekeringskarakter van de AWBZ*

Doelstelling:

- Versterken van het verzekeringskarakter van de AWBZ houdt tenminste drie zaken in, te weten:
- ervoor zorgdragen dat de geïndiceerde zorg tijdig wordt geleverd;
- voldoen aan zorgplicht door vraag en aanbod goed op elkaar af te stemmen;
- zorg inkopen die voldoet aan de wensen van de klant.

Afspraken over wat van zorgkantoren wordt verwacht en de wijze waarop zij worden ondersteund zijn vastgelegd in het (hernieuwde) convenant tussen het departement, College voor zorgverzekeringen (CVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) waarover ik u in eerdere voortgangsrapportages heb bericht. Over de voortgang kan het volgende worden opgemerkt:

- Benchmark. In het convenantoverleg dat regelmatig plaatsvindt tussen CVZ, ZN en het departement, is besloten dat het definitieve benchmarkonderzoek in 2004 onder alle zorgkantoren zal worden uitgevoerd. Dit heeft als doel zorgkantoren inzicht te verschaffen in de prestaties van de eigen organisatie ten opzichte van de best presterende (de benchmark). Met de zorgkantoren zijn afspraken gemaakt over openbaarmaking en eigendom van gegevens. Het komt er op neer dat niet tot individuele zorgkantoren te herleiden informatie uit het benchmarkonderzoek openbaar is en kan worden benut voor andere doeleinden, zoals beleidsontwikkeling. Ook de ruwe onderzoeksgegevens zijn beschikbaar voor het verkrijgen van informatie die relevant is voor de beleidsontwikkeling. Op individuele zorgkantoren betrekking hebbende gegevens zullen niet openbaar worden gemaakt. De individuele benchmarkrapporten zijn eigendom van de zorgkantoren die het

---

<sup>1</sup> Bij deze operatie is rekening gehouden met de zogenaamde «knip in de GGZ» (TK 2002-2003, 23 619, nr. 19).

aangaat. Overigens is de verwachting dat zorgkantoren de gegevens over de eigen organisatie vrijwillig openbaar zullen maken.

- Visitatie. ZN heeft de start van het visitatieonderzoek een jaar opgeschoven (naar 2004) om samenloop met het benchmarkonderzoek te voorkomen. ZN zal aan de hand van de uitkomsten bepalen of een afzonderlijk visitatieonderzoek nog toegevoegde waarde heeft.
- Verantwoording en toezicht (prestatievergelijking). Vanaf verslagjaar 2003 leggen zorgkantoren op gemoderniseerde wijze verantwoording af met een uitvoeringsverslag en een financieel verslag voorzien van een accountantsrapportage. Eind 2004 zal het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) aan de hand van deze verantwoordingsproducten zijn algemeen toezichtrapport over de uitvoering van de AWBZ in 2003 vaststellen. De volgende bijzonderheden zijn van belang:
- De zorgkantoren zijn – gezien het ontwikkelingstraject in de modernisering van de AWBZ en gelet op de afspraken daarover in het convenant – nog niet in alle situaties in staat geweest te voldoen aan de gestelde vereisten. Onder andere voor wat betreft de vaststelling van het verzekeringsrecht. In 2004 wordt van de zorgkantoren een verklaring van rechtmatigheid van de accountant verlangd. In 2003 dienen zorgkantoren een financieel verslag op te leveren waarin het bestuur expliciet verantwoording aflegt over de rechtmatigheid. De externe accountant neemt in zijn verklaring over getrouwheid op dat de in dit verslag opgenomen (bestuurlijke) rechtmatigheidsverantwoording een getrouw beeld geeft van het financieel beheer en de wijze waarop het zorgkantoor de rechtmatigheid heeft gewaarborgd.
- In de brief aan de Tweede Kamer van 15 september 2003 over de houdbaarheid van de AWBZ (TK vergaderjaar 2002–2003, 26 631, nr. 56) is aangegeven dat in 2005 een prestatievergelijking van de zorgkantoren zal plaatsvinden. Ik heb CVZ en CTZ bij hun werkprogrammering voor 2004 verzocht daartoe de ontwikkeling van prestatie-indicatoren in het kader van verantwoording en toezicht ter hand te nemen. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen die in 2004 worden opgedaan met het benchmarkonderzoek zorgkantoren (zie hiervoor).

#### *2.4 AWBZ-brede zorgregistratie*

Doelstelling: het realiseren van een uniforme systematiek voor het uitwisselen van informatie tussen de indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders. Deze systematiek ondersteunt het proces van zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer en zorginkoop door het zorgkantoor.

U hebt op 19 december 2003 een voortgangsrapportage AZR ontvangen over het derde kwartaal van 2003 (TK vergaderjaar 2003–2004 26 631, nr.69). Onderstaande tekst heeft dan ook alleen betrekking op het vierde kwartaal.

De ontwikkeling en invoering van de Zorgregistratie verloopt in fasen.

#### **Ontwikkeling fase 2**

In fase 2 sturen RIO's indicatiebesluiten in elektronische vorm (bericht indicatiebesluit) naar het zorgkantoor. De zorgaanbieders geven op dezelfde wijze aan het zorgkantoor door dat de zorg is begonnen (bericht melding aanvang zorg). Aan de hand van deze twee berichten stelt het zorgkantoor de wachtlijst samen. Met fase 2 kunnen de zorgkantoren een «foto» maken van de toestand op enig moment.

Ongeveer de helft van de 32 zorgkantoren is op dit moment in staat op basis van fase 2 de wachtlijst samen te stellen. Daarbij is wel ondersteuning nodig van een extern bureau. De andere helft van de zorgkantoren

maakt gebruik van een andere systematiek voor het samenstellen van de wachtlijsten.

Aandachtspunten binnen fase 2 zijn het verhogen van het aantal zorgaanbieders dat elektronisch gegevens aanlevert aan het zorgkantoor en het verbeteren van de dekkingsgraad van de uitgewisselde gegevens. Dat laatste houdt in dat uiteindelijk alle indicatiebesluiten en meldingen aanvang zorg via de Zorgregistratie moeten worden uitgewisseld. Zorgkantoren steken veel energie in het ontwikkelen van fase 3. In de praktijk kan dat betekenen dat er minder energie wordt gestoken in de verbetering van fase 2.

### Ontwikkeling fase 3

Het uiteindelijke doel van de Zorgregistratie is een systematiek die diverse processen ondersteunt. Daartoe zijn de twee berichten van fase 2 aangepast op de terminologie van de AWBZ brede functies. Tevens zijn er regionale berichten toegevoegd zoals: zorgtoewijzing, mutaties in de zorg, opgave productie, bovenregionale berichten. Aanvullend op deze regionale berichten wordt ook een bericht ontwikkeld voor het samenstellen van een landelijke wachtlijstrapportage. Een en ander is vastgelegd in een berichtenmodel en integratiestandaarden voor de berichten.

De softwareleveranciers nemen het model en de standaarden als uitgangspunt voor de ontwikkeling van de applicaties bij de indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders.

Het project houdt de planning van de softwareleveranciers nauwlettend in de gaten, omdat deze mede bepalend is voor de voortgang.

Een ander bepalend aspect is de implementatie bij diverse organisaties in de keten. Als gevolg van ontwikkelingen in de modernisering van de AWBZ (functiegerichte indicatiestelling, prestatiegerichte bekostiging, zorginkoopfunctie) hebben organisaties tijd nodig zich hierop aan te passen. Dat brengt implementatiedruk met zich mee. Ook het overschakelen naar de Zorgregistratie, een nieuwe systematiek van registreren en uitwisselen, vergt een forse inspanning.

Het zorgkantoor heeft, als ketenmanager, de taak de invoering van de Zorgregistratie in de eigen regio te coördineren. Het project houdt dan ook de planning van de zorgkantoren voor de implementatie scherp in de gaten.

Het project stelt uiteindelijk een landelijke planning op, die gebaseerd is op zowel de planningen van de zorgkantoren als van de softwareleveranciers.

Het landelijke beeld is op dit moment als volgt, zie tabel 3. Deze planning geldt voor de sectoren verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg, voor zover het de LZA-cliënten betreft.

**Tabel 3: landelijke planning Zorgregistratie op hoofdlijnen**

Landelijke planning op hoofdlijnen	juli	2003 okt	jan	april	juli	2004 okt	2005 jan
Externe integratiestandaarden (EI) gereed	X	X					
Bouwen software voor fase 3	X	X	X	X	X		
Implementeren fase 3	X	X	X	X	X	X	
In productie name fase 3					X	X	X

Op basis van een inventarisatie van de planningen van de softwareleveranciers en de zorgkantoren is de landelijke planning als volgt bijgesteld. De uiterlijke datum waarop elke regio gereed moet zijn voor de in productie name van de Zorgregistratie is verschoven van 1 juli 2004 naar 1 oktober 2004.

Het berichtenmodel en de standaarden zijn ter toetsing voorgelegd aan het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). In december 2003 heeft het CBP aangegeven dat de standaarden van de Zorgregistratie niet méér privacy gevoelige gegevens bevatten dan voor uitvoering van het proces van zorgtoewijzing nodig is.

Zoals aangegeven, is het van belang dat alle zorgaanbieders gegevens gaan uitwisselen via de Zorgregistratie. Daarom heeft het project de communicatie met de zorgaanbieders de afgelopen maanden geïntensiveerd. Onder de noemer «aanbieders voor aanbieders» worden sessies georganiseerd voor de zorgaanbieders. De opkomst is hoog. Ook de communicatie met de softwareleveranciers is geïntensiveerd, zodat deze steeds op de hoogte zijn van de laatste ontwikkelingen. In februari en maart 2004 houdt het project een ronde langs de RIO's en de zorgkantoren om per regio knelpunten in kaart te brengen, oplossingen te bedenken en praktische afspraken te maken voor het verbeteren van het berichtenverkeer van de Zorgregistratie.

Om een objectief beeld te krijgen van de meerwaarde van de Zorgregistratie heeft het project zorgkantoren en zorgaanbieders aangespoord een kostenbaten analyse (business case) te maken. Deze cases moeten een goed beeld geven van de win/win situaties voor de partijen in de keten. De eerste bevindingen worden thans met betrokkenen besproken. Wat blijkt, is dat er significante voordelen te halen zijn door de invoering van de Zorgregistratie. Om er enkele te noemen: éénmalig registreren en meervoudig gebruiken, eenheid van taal en definities, de informatie is meer actueel en sneller uitwisselbaar, vermindering van de administratieve werkzaamheden, verbetering van de kwaliteit van de informatie en meer inzicht in de ontwikkeling van de vraag en het aanbod.

Parallel hieraan brengen College voor Zorgverzekeringen en het project in kaart langs welke weg de administratieve lasten kunnen worden vermindert. Een van de mogelijkheden die daar aan bijdraagt, is het saneren van het aantal papieren formulieren. Dat kan, mits het elektronische berichtenverkeer goed op gang is gekomen. Andere mogelijkheden om de administratieve lasten te verminderen, liggen op het vlak van de afhandeling van de eigen bijdrage. Het idee is om het bericht melding aanvang zorg hiervoor als grondslag te gebruiken en de informatiestroom te laten lopen via het zorgkantoor. De Zorgregistratie biedt hiertoe de mogelijkheden.

### *2.5 Uitvoering PGB*

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

Op 1 april 2003 is het pgb-nieuwe-stijl van start gegaan. In de vijfde voortgangsrapportage is aangegeven dat invoering is verlopen zonder veel problemen. In de tweede helft van 2003 is geen nieuw beleid ontwikkeld. De inspanningen richten zich vooral op het monitoren van de ontwikkelingen en het verbeteren van de uitvoering. Het CVZ volgt de uitvoering van de oude en nieuwe pgb regelingen. Dat doet ze aan de hand van een aantal instrumenten: maandelijkse gegevens van de zorgkantoren, maandelijkse rapportages van de SVB, signalen die bij de helpdesk binnenkomen, signalen die bij de pgb-medewerkers van zorgkantoren binnenkomen, maandelijks overleg tussen SVB, ZN en CVZ en een bespreking met vertegenwoordigers van cliëntorganisaties en zorgkantoren. Op grond van deze instrumenten heeft het CVZ op 18 december 2003 een eerste kernmonitor pgb-nieuwe-stijl uitgebracht

(CVZ, AWBZ/23 084 665). De kernmonitor is als bijlage 2 opgenomen bij deze voortgangsrapportage.

#### *Aantal budgethouders*

Eind december 2003 waren er in totaal rond de 64 000 budgethouders. Ruim 20 000 daarvan waren budgethouders met een pgb-nieuwe-stijl. Meer dan de helft hiervan zijn mensen die voorheen geen pgb hadden.

#### *Toekenningen pgb*

Aan budgethouders met een pgb oude stijl is in 2003 € 605 miljoen toegekend. Dit bedrag zal niet meer stijgen omdat er geen pgb's oude stijl meer worden afgegeven. De verwachting is dat in 2003 € 145 miljoen wordt toegekend voor het pgb-nieuwe-stijl. In totaal dus € 750 miljoen.

#### *SVB Servicecentrum pgb*

In het pgb-nieuwe-stijl verzorgt de SVB op verzoek van de budgethouder de salarisadministratie. Dit geldt overigens alleen voor budgethouders waarbij sprake is van volledig werkgeverschap en voor budgethouders die hebben gekozen voor opting in. Eind oktober 2003 verzorgde de SVB voor 2 485 budgethouders de salarisadministratie voor in totaal 3 280 hulpverleners.

### *2.6 Toelating en uitbreiding zorgaanbod*

Doelstelling: meer keuzemogelijkheden voor de klant.

De toelating vindt vanaf 1 april 2003 plaats op basis van functies. Hiermee is een begin gemaakt met het creëren van ruimte voor aanbieders om zich ook op andere AWBZ-doelgroepen te richten dan waar men zich oorspronkelijk op richtte. Cliënten krijgen hierdoor meer keuzemogelijkheden. Tevens kunnen nieuwe aanbieders nu gemakkelijker worden toegelaten op de AWBZ-markt.

Een aanvraag van een instelling wordt door het CVZ getoetst op de volgende criteria:

- Is de aanvrager een instelling?
- Kan de functie worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling?
- Kan de aanvrager de functie(s) leveren?
- Kan de aanvrager de administratieve verplichtingen nakomen?
- Bij de functie verblijf: voldoet de instelling aan de regels van behoefte en spreiding?

Daarnaast vraagt het CVZ advies aan het betreffende zorgkantoor.

Sinds de invoering van de functiegerichte toelatingen op 1 april 2003 zijn 150 verzoeken van nieuwe aanbieders bij het CVZ binnengekomen. Tot nu toe is ongeveer de helft daarvan toegelaten. De voorlopige conclusie is dat zich écht nieuw aanbod aandient.

De achtergronden van de nieuwe aanbieders zien er als volgt uit:

- 28 nieuwe thuiszorgaanbieders;
- 26 instellingen voor maatschappelijke opvang;
- 25 ouderenzorg ondersteunende en activerende begeleiding;
- 21 GGZ ondersteunende en activerende begeleiding;
- 14 gehandicaptenzorg ondersteunende en activerende begeleiding;
- 7 verslavingszorg;
- 6 arbeid;
- 4 maatschappelijke dienstverlening;
- 4 uitleen;
- 2 jeugd;
- 12 divers.

Binnen het kader van de huidige regelgeving is de ruimte om een aanvraag niet te honoreren beperkt. Het CVZ toetst een aanvraag aan bovenstaande criteria en het advies van het zorgkantoor. Duidelijk is dat de omslag naar de functiegerichte aanspraken ook nieuwe vraagstukken oproept. De beantwoording hiervan moet zich op basis van ervaringen in de praktijk ter hand worden genomen. Daarbij zijn meerdere partijen betrokken: VWS, CVZ, ZN en de brancheorganisaties van de zorgaanbieders.

Bij ongeveer 1 op de 5 aanvragen kan het CVZ niet vanzelfsprekend overgaan op toelating. Op de eerste plaats is in de wet niet gedefinieerd wat een instelling precies is. Alles wat een rechtspersoon is, wordt in ieder geval gezien als een instelling. Moeilijker wordt het bij bijvoorbeeld een aanvraag door een maatschap. Daarnaast kan de afbakening met het tweede compartiment problemen opleveren. Dat geldt bijvoorbeeld voor het product «Advies, informatie en voorlichting». Het betreft hier een product dat van oudsher door de thuiszorg werd geleverd met het doel mensen thuis om te leren gaan met hun ziekte, bijvoorbeeld zelf leren injecteren. In de loop van de tijd is een verschuiving zichtbaar waarbij ook activiteiten die altijd tot het tweede compartiment hebben behoord, onder de AWBZ worden gebracht. Het probleem van deze diffuse afbakening geldt ook voor de afbakening van de AWBZ met de Welzijnswet, de Wet Reintegratie Arbeidsgehandicapten (Wet REA) en de Onderwijswet. Tot slot het beoordelen van één functie. Voorheen moest een instelling het hele pakket zorg leveren om een toelating te krijgen. Sinds 1 april 2003 is het mogelijk een toelating te krijgen voor een functie wanneer slechts een deel ervan wordt geleverd. Het is voor het CVZ soms moeilijk te beoordelen of de activiteiten die een instelling onderneemt ook echt tot de AWBZ behoren, bijvoorbeeld bij een instelling die zich exclusief richt op computerondersteuning voor gehandicapten.

### **3. Modeltrajecten en simulaties**

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

Na het voorafgaand aan de invoering van de functiegerichte aanspraken afronden van modeltrajecten ten behoeve van het persoonsgebonden budget en de functiegerichte indicatiestelling, lag in de verslagperiode het accent op zorg in natura.

Eind 2003 zijn de zogenaamde zorg in natura modeltrajecten afgesloten (zie bijlage 3). In dit traject is in meerdere regio's door verschillende partijen gewerkt aan thema's als aanbiedersprofielen, zorgtoewijzing en zorginkoop in een functiegerichte omgeving. In het kader van dit laatste thema zijn meerdere simulaties gehouden waarin een aantal mogelijke functiegerichte tariefstructuren is uitgetoetst. De simulaties zijn landelijk herhaald. De resultaten van de simulaties hebben een belangrijke rol gespeeld bij de keuze voor een modulair opgebouwd functietarief in het eindmodel. De zorg in natura modeltrajecten zullen in 2004 worden voortgezet en in belangrijke mate op de invoering van de functiegerichte bekostiging en de bijbehorende randvoorwaarden worden gericht.

### **4. Regelgeving**

Op 1 januari 2004 is de beleidsregel extramurale zorgprestaties van de CTG ingegaan. Daar is een intensief traject van samenwerken aan voorafgegaan.

## 5. Besturing van het project

### 5.1 Algemeen

De projectbeschrijving groot project modernisering AWBZ van 17 juli 2001 en de 1e rapportage van 28 september 2001 geven de besturing van het project aan. Die is in de verslagperiode niet veranderd. Wel is een begin gemaakt met de inbedding van het project in de lijnorganisatie van VWS, die ook verandert als gevolg van de ontschotting. Dit gebeurt onder andere door directeuren van de AWBZ directies direct verantwoordelijk te maken voor de onderwerpen gerelateerd aan de modernisering van de AWBZ: het pgb, de functiegerichte indicatiestelling, de AZR en de functiegerichte bekostiging. In de verslagperiode is daarmee een begin gemaakt voor de functiegerichte bekostiging. En dit zal in de eerste maanden van 2004 voor alle deeltrajecten het geval zijn. Deze inbedding in de reguliere organisatie laat de continuïteit van het moderniseringsproject als groot project onverlet. De directeuren, die een deeltraject op zich nemen zullen dat niet vanuit de verantwoordelijkheid voor «hun» beleidsterrein doen, maar AWBZ-breed. Eén van de directeuren wordt belast met de coördinatie van het groot project. Daarnaast blijven de huidige projectleiders van de deeltrajecten en hun medewerkers verantwoordelijk voor de dagelijkse uitvoering. Deze inbedding sluit aan op de voorgenomen organisatieverandering die voor de huidige directiestructuur uit de modernisering van de AWBZ voortvloeit.

In de vijfde voortgangsrapportage is gesproken over de vorming van een platform waarin de stand van zaken rond de invoering van de modernisering nauwgezet wordt gevolgd. In het platform zitten vertegenwoordigers van VWS, ZN, CVZ, LVIO, LZA en LCIG. Mogelijke problemen worden in een vroeg stadium gesignaleerd en opgepakt. Vanuit het platform is in september een speciale Taskforce gevormd. Doelstelling van de Taskforce is het ondersteunen van individuele RIO's bij het opstellen en uitvoeren van een plan van aanpak voor het oplossen van de gesignaleerde problemen bij het betreffende RIO. Insteek is daarbij in eerste instantie het zo snel mogelijk wegwerken van de achterstanden waar het RIO mee te kampen heeft. De belangrijkste probleemgebieden waar vanuit de Taskforce aan wordt gewerkt zijn:

1. het oplossen van de structurele onderfinanciering door gemeenten;
2. het doelmatiger organiseren van werkprocessen;
3. het verbeteren van de managementkwaliteit;
4. het oplossen van problemen met de automatisering;
5. het uitbreiden van de structurele en tijdelijke capaciteit.

Hoewel de insteek van de Taskforce in eerste instantie het oplossen van de korte termijnproblemen (achterstanden) is, is het wel degelijk de bedoeling dat er tevens wordt gewerkt aan structurele oplossingen voor bovengenoemde problemen.

Voor alle duidelijkheid wordt opgemerkt dat de leden van de Taskforce hierbij volledig samenwerken met de inhoudelijke medewerkers van de LVIO en het LCIG.

Daarnaast is in april het Implementatieoverleg gestart. In dit tweewekelijkse overleg komen belangrijke thema's (zoals functiegerichte bekostiging, indicatiestelling, bouw, registratie en verantwoording) binnen de modernisering AWBZ aan de orde. Aan het overleg nemen de volgende partijen deel: CVZ, CTG, CBZ, GGZ Nederland, Arcares, LVT, VGN, ZN, Somma, NPCF en VWS.

#### *Communicatie*

De modernisering van de AWBZ is een complex project waarbij veel

partijen betrokken zijn. Dat vereist intensieve communicatie. Hiervan zijn het al gememoreerde platform en Implementatieoverleg goede voorbeelden. In augustus en september heeft voor de derde keer een brede communicatiecampagne plaatsgevonden met opnieuw 25 regionale bijeenkomsten. In deze campagne is teruggekeken op de eerste ervaringen met de gemoderniseerde AWBZ. Ongeveer 3000 mensen zijn in totaal aanwezig geweest bij deze bijeenkomsten.

Andere communicatiemiddelen zijn onder andere de Nieuwsbrief Modernisering AWBZ, Nieuwsbrief AZR, Nieuwsbrief Indicatiestelling en de nog steeds veelbezochte site [www.opkopzorg.nl](http://www.opkopzorg.nl).

### 5.2 Bijstelling tijdspad implementatie

Het tijdspad voor de implementatie is op de volgende onderdelen aangepast:

- invoering geharmoniseerde PGB-regeling afgerond;
- idem start facilitaire organisatie;
- idem plan van aanpak functiegerichte bekostiging;
- indicatiestelling verbreding naar GGZ afgerond;
- start functiegerichte indicatiestelling;
- start herijking toelatingsbeleid, baseren op functies.

Met een asterisk is aangegeven welke onderdelen zijn gerealiseerd.

#### Implementatietijdspad groot project modernisering AWBZ

##### Deeltraject 1: persoonsgebonden bekostiging

- |  |                 |
|--|-----------------|
| - nota vereenvoudiging persoonsgebonden budget           | juli 2001*      |
| - definiëring functies                                   | juli 2001*      |
| - ontwikkeling klassen mbt omvang zorg, waarde-bepaling  | september 2002* |
| - ontwikkeling omslagpunten                              | april 2002*     |
| - ontwikkeling AWBZ-brede eigenbijdrage-systematiek      | 2001*           |
| - vereenvoudiging uitvoeringsstructuur                   | 2001-2002*      |
| - invoering geharmoniseerde PGB-regeling                 | 1/4/2003*       |
| - experimenten PGB-LG                                    | 2000-2003*      |
| - ontwikkeling zorgproducten/prijzen/ cliëntregistraties | 2000-2003       |
| - start facilitaire organisatie PGB-houders              | 1/4/2003*       |
| - plan van aanpak functiegerichte bekostiging            | medio 2003*     |

##### Deeltraject 2: versterken van de uitvoeringsstructuur

###### Ondersteunen patiënten en cliëntenorganisaties

- |   |            |
|---|------------|
| - nota patiënten/consumentenbeleid                                    | juni 2001* |
| - bestuurlijke inbedding en steun aan regionale consumenten/patiënten | 2004       |

###### Indicatiestelling

- |   |                 |
|---|-----------------|
| - verbreding naar gehandicaptenzorg               | 1/1/2002*       |
| - verbreding naar GGZ                             | 1/4/2003 *      |
| - stimuleringsprogramma verbreding met Wvg        | 2001-2002*      |
| - koppelen registratie aan AWBZ-brede registratie | vanaf 1/4/2002* |
| - evaluatie ZIB                                   | najaar 2001*    |
| - ontwikkeling AWBZ-breed functiegericht protocol | 1e helft 2002*  |
| - genereren landelijke informatie over indicaties | vanaf 1/4/2002* |
| - start functiegerichte indicatiestelling         | 1/4/2003*       |

###### Versterken verzekeringsfunctie

- |  |              |
|--|--------------|
| - implementeren AWBZ-brede registratie                     | 2001-2003    |
| - bestuurlijke afspraken VWS-ZN over te leveren prestaties | maart 2001 * |

– ontwikkeling visitatiesysteem zorgkantoren	2001*
– ontwikkeling benchmarkingsysteem zorgkantoren	2001*
<b>Deeltraject 3: juridische randvoorwaarden</b>	
– invoering flexibilisering V&V	1/1/2001*
– ontwikkeling prestatiegerichte bekostiging (boter bij de vis)	2000–2003
– start herijking toelatingsbeleid, baseren op functies	2003*
– start geleidelijk afschaffen contracteerplicht	2004/2005
– afschaffen UVO/modelovereenkomst	p.m.
– toets op belemmeringen in BIG en KZI	2003
– wettelijk regelen gelijkwaardigheid PGB-zorg in natura	2005
<b>Deeltraject 4: modeltrajecten en simulaties</b>	
– ontwikkeling aanpak koplopers	september 2001*
– start site <i>www.OpKopZorg.nl</i>	juli 2001*
– regionale communicatiebijeenkomsten	1e helft 2002*
– regionale communicatiebijeenkomsten, maatregelen 1 april	februari/maart 2003*
– regionale communicatiebijeenkomsten, eerste ervaringen	augustus 2003*
– modeltrajecten	2002/2003

### 5.3 Actualisering planning rapportages

De planning van rapportages is niet gewijzigd.

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

F: februari, S: september

## 6. Financiën

In de begroting van het groot project Modernisering AWBZ zijn de kosten van activiteiten opgenomen die in het kader van het project worden uitgevoerd. Het betreft alleen kosten die direct met de verandering samenhangen, niet kosten die betrekking hebben op de reguliere uitvoering van de AWBZ.

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

Projectbegroting x 1 mln. euro	2003	2004
Apparaat- en algemene projectkosten		
personeel/materieel groot project AWBZ	0,9	0,9
algemene projectkosten	0,1	0,1
doorloop onderzoek belastbaar inkomen		
personeel/materieel groot project AWBZ		
Subtotaal	1	1
Versterking uitvoeringsstructuur		
Ondersteuningsprogramma indicatiestelling	0,8	0,8
subsidieregeling t.b.v. gemeenten/overig	12,8	7,2
project Zorgregistratie		
Subtotaal	13,6	8
PGB/Zorg in nature		
modernisering pgb	1,7	1,7
PGB	0,1	0,1
subtotaal	1,8	1,8
Koplopers	0,5	0,5
Eindtotaal modernisering AWBZ	16,9	11,3

De voorgenomen centralisatie van de indicatiestelling en de inbedding van onderdelen van het project modernisering AWBZ in de organisatie van VWS zullen naar verwachting in 2004 leiden tot aanzienlijke verschuivingen in de kosten van activiteiten die in dat kader worden ondernomen. Eind februari of begin maart 2004 ontvangt de Tweede Kamer het toegezegde plan van aanpak voor de onderdelen van het centralisatieproject.

#### *Vooruitblik*

De voortgangsrapportage laat zien dat in 2004 het accent in termen van ontwikkeling ligt op het invoeren van de functiegerichte bekostiging en het afronden van de AWBZ-brede zorgregistratie. Trajecten die tot een goed einde moeten worden gebracht wil de modernisering en de daarmee beoogde omslag van aanbod- naar vraagsturing kunnen worden geëffectueerd. De centralisatie van de indicatiestelling is voor de toegang tot de zorg een belangrijke verandering, maar maakt als zodanig geen deel uit van de moderniseringsoperatie. De invoering van het pgb-nieuwe-stijl zal in 2004 worden geëvalueerd. Ook voor andere onderdelen van de modernisering is het noodzakelijk de ontwikkeling te volgen. De resultaten hiervan zullen ongetwijfeld aanpassingen nodig maken, omdat niet verondersteld mag worden, dat een zo majeure veranderingsoperatie niet enige bijstelling behoeft op basis van de in de praktijk van alle dag opgedane ervaringen.