

Vergaderjaar 2005–2006

**26 631**

## **Modernisering AWBZ**

**Nr. 180**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 juni 2006

Bijgaand treft u de rapportage over de voortgang van het groot project modernisering AWBZ in de tweede helft van 2005 (bijlage 1; zie bijgaand) aan.

#### **Opzet voortgangsrapportage**

Ik heb u tijdens het Algemeen Overleg van 8 december 2005 toegezegd dat ik de opzet van de rapportage zou bezien en waar mogelijk aanpassen. Naar aanleiding van uw verzoek heb ik er voor gekozen om in deze voortgangsrapportage aan te sluiten bij de oorspronkelijke doelstellingen van de modernisering AWBZ.

In 2001 (TK 2000–2001, 26 631, nr. 13) heb ik u bericht over de hieronder vallende deeltrajecten. De aan de deeltrajecten gekoppelde producten zijn in bijlage 2<sup>1</sup> weergegeven. Per item is aangegeven of het product is afgehandeld of is de stand van zaken vermeld waar er sprake is van een nog niet afgerond product.

Uit deze bijlage blijkt dat het grootste deel van de modernisering AWBZ is afgerond c.q. in bestaand beleid is opgenomen. Uiteraard wordt dit beleid nauwkeurig gemonitord en bevindingen geëvalueerd. Waar nodig wordt beleid aangepast.

Dit jaar worden afgerond:

- de ultieme vulling AWBZ-brede Zorgregistratie en de release 2006;
- het genereren van landelijke informatie over indicaties (gestart per 2005);
- de zorgzwaartebekostiging.

In 2007 worden afgerond (voorbereidingen in 2006):

- de wettelijke verankering van de subsidieregeling pgb;
- de aanpassing van artikel 9a AWBZ waarmee centrale indicatiestelling wordt vastgelegd (de juridische status Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)).

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

## **Correspondentie en overleg met Tweede Kamer**

Uw Kamer heeft in de tweede helft van 2005 een aantal documenten over de modernisering AWBZ ontvangen (zie bijlage 3)<sup>1</sup>. Mede naar aanleiding van deze documenten heeft een Algemeen Overleg plaatsgevonden op 8 december 2005.

### **Zorgkantoren en AZR**

Uw Kamer heeft aangegeven in de voortgangsrapportage ook geïnformeerd te willen worden over 1) de AZR, 2) inzicht in de procedure bij de totstandkoming van de concessieverlening aan zorgkantoren, 3) de contractering door zorgkantoren, 4) de kwaliteitseisen van zorgkantoren in relatie tot de administratieve lastendruk en de wachtlijsten in de AWBZ. Over deze onderwerpen zal ik u separaat berichten.

### **Marktwerking en keuzevrijheid**

In het Algemeen Overleg modernisering AWBZ van 8 december 2005 is ook kort aandacht besteed aan marktwerking en de positie van de cliënt. Ik ben er voorstander van dat de zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid oppakken en ook met gemeenten (gaan) samenwerken. Deze samenwerking levert een positieve bijdrage aan een goede zorg, aan afstemming tussen zorg-wonen-welzijn, en aan een breder zorgaanbod voor de individuele cliënt. Met de komst van de Wmo wordt dit versterkt. In deze paragraaf wil ik u kort informeren over de volgende aspecten van marktwerking.

#### *Fusies AWBZ-instellingen*

Bij deze informeer ik u over de uitkomsten van mijn overleg met de Minister van VWS over de vraag in hoeverre fusies van AWBZ instellingen niet te grote vormen aannemen waardoor de keuzevrijheid voor de cliënt wordt aangetast.

Ik zal in overleg met de minister en de Minister van EZ de meldingsdrempel voor concentraties bij algemene maatregel van bestuur verlagen voor specifieke AWBZ-zorgmarkten waar de relevante geografische markt klein is. De NMa kan hierdoor fusievoornemens van aanbieders met relatief kleine omzetten (lager dan de meldingsdrempel) toch beoordelen en waar nodig verbieden. Hierdoor wordt voorkomen dat ook in de kleinere AWBZ-markten, ondernemingen door middel van een fusie het op gang komen van marktwerking kunnen frustreren. Voor welke (regionale) AWBZ-deelmarkten dit opgaat en hoe laag de drempel voor de verschillende situaties moet komen te liggen, wordt nader onderzocht. De Minister heeft dit op 14 februari jl. aan uw Kamer gemeld, tijdens de behandeling Wet marktordening gezondheidszorg. Uw Kamer heeft vervolgens het amendement Omzigt/Heemskerk (TK 2005–2006, 30 186, nr. 45) aangenomen. Hierin is bij het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg de mogelijkheid opgenomen de concentratiedrempels bij Algemene Maatregel van Bestuur te verlagen in de Mededingingswet, omdat uw Kamer er aan hecht dat de NMa op zo kort mogelijke termijn vooral in de zorg ook concentraties kan toetsen, die nu nog beneden de meldingsdrempels vallen.

#### *Hoe zit het met de contracteerplicht in de AWBZ sector?*

In de kabinetsreactie IBO-AWBZ is aangegeven dat vooralsnog de contracteerplicht voor intramurale zorg niet zal worden opgeheven. Tegelijkertijd met het opheffen van de zorgkantoren zal ook de contracteer-

---

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

plicht voor intramurale zorg worden opgeheven. De voorgenomen datum is 1 januari 2009.

### *Mogen intramurale instellingen winst maken?*

Grootschalige intramurale instellingen mogen geen winstoogmerk voeren. Kleinschalige AWBZ-instellingen wel. Dit volgt uit artikel 3.1 van het Uitvoeringsbesluit Wet toelating zorginstellingen (WTZi), maar was al zo ten tijde van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Met de WTZi is alleen de definitie van kleinschalige woonvoorzieningen iets uitgebreid.

In de brief Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg (TK 2004–2005, 27 659, nr. 52) is aangegeven dat voordat het winstoogmerk voor grootschalige intramurale instellingen wordt toegestaan, aan allerlei voorwaarden moet zijn voldaan. Voor het toestaan van winstoogmerk aan deze categorie instellingen is goedkeuring van kabinet en parlement noodzakelijk.

### *Analyse van de bestuurlijke samenwerking en welke effecten dit heeft op de markt en het toetreden van nieuwe aanbieders*

In mijn brief Fusievorming in de AWBZ-zorg (TK 2005–2006, 30 186, nr. 6) heb ik u geïnformeerd over het wettelijk kader rondom de toetsing van fusies bij AWBZ-zorg. De NMa toetst de gevolgen van de betreffende fusie voor de markt en zal daarbij ook de effecten van toetreding voor nieuwe aanbieders betrekken. In het licht van de risico's voor de concurrentie en de keuzemogelijkheden voor cliënten is van groot belang dat de NMa toezicht houdt. Wanneer de NMa na toetsing van de voorgenomen samenwerking oordeelt dat de fusie tot het ontstaan of versterken van een economische machtspositie, dan kan zij besluiten geen vergunning te verstrekken. De fusie kan dan geen doorgang vinden. Daarnaast werkt de Ctg-ZAio met zogeheten visiedocumenten. Het visiedocument is het resultaat van literatuuronderzoek en intensieve consultatie van overheidsinstanties, brancheorganisaties, individuele zorgaanbieders en verzekeraars en consumentenorganisaties.

Het Ctg-ZAio heeft inmiddels op mijn verzoek visiedocumenten gemaakt over ziekenhuiszorg (B-segment), fysiotherapie en extramurale AWBZ-zorg en de zorgverzekeringsmarkt. De visiedocumenten besteden uitvoerig aandacht aan:

- de belangrijkste voorwaarden voor concurrentie in de zorg: voldoende spelers, afnemers die (kunnen) overstappen, ontbreken van anticompetitief gedrag;
- de invloed van mogelijke toetredingsdrempels en van horizontale en verticale integratie in de desbetreffende markt;
- de mogelijkheden tot en effecten van overstappen op de zorgverleningsmarkt (consument stapt over naar een andere zorgaanbieder), de zorginkoopmarkt (verzekeraar stapt over naar een andere zorgaanbieder) en de zorgverzekeringsmarkt (consument stapt over naar een andere zorgverzekeraar); hierbij wordt vooral aandacht besteed aan de bevordering van transparantie;
- recente ontwikkelingen die van belang zijn voor de desbetreffende markt.

### *Wordt er gestreefd naar overaanbod en welke gevolgen heeft dit voor de financiering, het toezicht en de positie van de individuele cliënt?*

De fundamentele verandering van het «stelsel» van zowel de curatieve sector als de sector van langdurige zorg geeft meer ruimte en verantwoordelijkheid aan zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten. Deze drie partijen geven in de toekomst vorm aan de inrichting van de zorg. Een systeem van aanbodsturing waarbij de overheid de omvang en de prijs

van de geleverde zorg bepaalt, beantwoordt niet meer aan de behoeften van de patiënten en cliënten. Dát is de achterliggende reden achter de modernisering van de care- en de curesector. Het doel van deze modernisering is dat zorgaanbieders worden afgerekend op geleverde prestaties (ook wel prestatiebekostiging genoemd). Prestatiebekostiging legt meer verantwoordelijkheid voor de zorgverlening bij de aanbieders zelf. Ik verwacht dan ook dat het aanbod meer in evenwicht zal komen met de vraag. De overheid is en blijft verantwoordelijk voor het systeem van toegankelijke, betaalbare kwalitatief goede zorg.

### **Tot slot**

Ik wil van deze gelegenheid gebruik maken om u, mede namens de Minister, ook over een aantal onderwerpen te informeren, zoals toegezegd in het Algemeen Overleg modernisering AWBZ van 8 december 2005. Het betreft de onderwerpen:

- de HACCP-norm woonvormen;
- zakgeldregeling intramuraal in relatie tot de Zorgverzekeringswet;
- medisch toezicht Bopz-cliënten verzorgingshuizen zonder CIZ-indicatie behandeling;
- indicatie TOG-regeling;
- reactie op de motie Vietsch c.s. betreffende afschaffen tijdschrijven en de eigen bijdrage op basis van het overeengekomen zorgplan vast te stellen;
- reactie op motie Vietsch c.s. inzake aanpassing budgetten/eigen bijdrage (TK 2004–2005, 29 800 XVI, nr. 49);
- afspraken rond geschillenbeslechting.

#### *De HACCP-norm woonvormen*

Tijdens het Algemeen Overleg signaleerde kamerlid Vietsch dat er problemen zijn bij met name woonvormen met het hanteren van de HACCP-norm en vroeg zij mij maatregelen te treffen.

Het gaat hier om de «Hygiëncode voor de voedingsverzorging in woonvormen, kinderdagverblijven, dienstencentra en bij uitbrengmaaltijden». Het Voedingscentrum is in het najaar 2005 gestart met de evaluatie van het woonvormgedeelte van deze hygiëncode. In focusgroepgesprekken met begeleiders in woonvormen in de gehandicaptenzorg, verpleeghuizen en de geestelijke gezondheidszorg is geconstateerd dat er een hygiëncode moet worden ontwikkeld die past bij huiselijk wonen in de zorg en dat dat vraagt om aanpassing van de bestaande hygiëncode. Hierover heeft de Minister u bij brief van 4 april jl. (TK 2005–2006, 26 631, nr. 168) geïnformeerd.

#### *Zakgeldregeling intramuraal in relatie tot de Zorgverzekeringswet*

In het Algemeen Overleg is gewezen op signalen uit het veld dat mensen die in een AWBZ-instelling verblijven onvoldoende inkomen overhouden na invoering van de Zorgverzekeringswet.

Ik merk dat er soms sprake is van een misverstand over de interpretatie van de zakgeldregeling. Mensen gaan ervan uit dat de premie voor de ziektekostenverzekering moet worden gefinancierd uit het zak- en kleedgeld. Dus na aftrek van de betaalde eigen bijdrage. Echter, de premie is een aftrekpost voor de bepaling van de eigen bijdrage.

In uitzonderingsgevallen kan het zo zijn dat het besteedbaar inkomen in 2006, na aftrek van ziektekostenpremies en eigen bijdrage AWBZ, toch lager is dan de zak- en kleedgeldnorm.

In dat geval verlaagt het zorgkantoor – op verzoek – de eigen bijdrage zo ver, dat er wel voldoende zak- en kleedgeld over blijft. Deze regeling geldt sinds jaar en dag bij de intramurale bijdrage.

Kamerlid Vietsch informeerde tijdens het Algemeen Overleg naar de wijze waarop het medisch toezicht van Bopz-cliënten, zonder een indicatie voor de functie behandeling, in verzorgingshuizen is geregeld.

Bopz-cliënten hebben in beginsel altijd een indicatie behandeling. Op die manier is immers ook het medisch toezicht gewaarborgd. Volgens de Wet Bopz wijst de Minister van VWS categorieën instellingen aan die kunnen worden aangemerkt als Bopz-instelling. Daarnaast volgt uit diezelfde wet dat cliënten met een Bopz-indicatie moeten worden opgenomen in een Bopz-aangemerkte instelling. Immers, gezien het niet-vrijwillige karakter van de opnemings verdienen deze cliënten de rechtsbescherming die de Wet Bopz biedt.

Verzorgingshuizen zijn in de regel niet Bopz-aangemerkt. Dat wordt anders indien zij beschikken over een verpleegunit, die vaak pg-afdeling wordt genoemd. De zorg op een pg-afdeling is volwaardige verpleeghuiszorg, inclusief de functie behandeling. Dat blijkt ook uit de toelating van die instellingen. Cliënten op zo'n afdeling beschikken over een indicatie voor behandeling.

Een klein aantal verzorgingshuizen heeft een afdeling die aan de Bopz-criteria voldoet. Deze zijn aangemerkt, zonder dat daar sprake is van volwaardige verpleeghuiszorg. De individuele medische zorg voor de cliënten die daar verblijven, loopt in principe via de huisarts. De Wet Bopz eist echter dat er ook voor die afdelingen een arts is, die in de functie van geneesheer-directeur verantwoordelijk is voor het algehele medische beleid. Bij het geven van een advies over een aanvraag tot Bopz-aanmerking is dat één van de criteria waar de IGZ nauwlettend op toetst.

#### *Indicatie TOG-regeling*

Tijdens het Algemeen Overleg van 8 december 2005 heb ik toegezegd u te informeren over de uitkomsten van het overleg met het ministerie van SZW over de mogelijkheid de indicaties voor de Regeling tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen (TOG-regeling) door het CIZ te laten stellen.

Uit een quick-scan die is gedaan door het bureau dat de indicatiestelling voor de TOG regeling in 2005 uitvoerde, is gebleken dat grofweg een derde van de groep die op basis van de huidige criteria in aanmerking komt voor de TOG-regeling, ook een indicatie van het CIZ heeft. Doordat voor jeugdigen met een psychiatrische aandoening geldt dat zij vanaf 1 januari 2005 geïndiceerd worden door het bureau jeugdzorg wordt deze groep nog kleiner. Ook is er waarschijnlijk een groep die niet bekend is bij het CIZ of het bureau jeugdzorg. Daarnaast blijken de indicatiecriteria die worden gehanteerd voor de TOG-regeling en de AWBZ te verschillen. Dit leidt er toe dat het indicatie-instrument voor de AWBZ niet eenvoudig kan worden gebruikt om tot een advies te komen voor toekenning van de TOG-regeling.

Gezien het bovenstaande heb ik in overleg met mijn collega van SZW besloten om de indicatiestelling voor de TOG-regeling niet uit te laten voeren door het CIZ. Wel gaan wij afspraken maken met de betrokken partijen zodat bij de indicatiestelling voor de TOG-regeling zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van de indicatiebesluiten die zijn afgegeven door het CIZ en de bureaus jeugdzorg.

De doelstelling hierbij is dat de cliënt zo min mogelijk merkt van de indicatiestelling voor de TOG-regeling, indien hij of zij al bekend is bij het CIZ of het bureau jeugdzorg.

In deze motie is verzocht het tijdschrijven af te schaffen en de eigen bijdrage op basis van het overeengekomen zorgplan vast te stellen. Ik heb dit voorstel onderzocht. Hierover heeft ook het nodige overleg plaatsgevonden met de koepels van zorgaanbieders in de AWBZ en met de organisaties van patiënten en cliënten. Uitgangspunt was een beperking van de administratieve lasten. Onderzocht is of een dergelijk systeem zo kon worden ingevoerd dat dit zou leiden tot minder administratieve lasten. Randvoorwaarde daarbij was dat de opbrengst niet zou mogen verminderen. Ook zou de koopkracht hierdoor niet mogen worden aangetast. Een herziening van deze systematiek op zodanige wijze dat de genoemde gevolgen vermeden konden worden, bleek niet mogelijk. De extramurale eigen bijdrage geldt bovendien niet meer voor verzekerden die zijn aangewezen op ondersteunende en activerende begeleiding. Daarmee is ook de noodzaak om de eigen bijdrage zo ingrijpend aan te passen als in het kader van de modernisering van de AWBZ de bedoeling was, vervallen.

*Reactie op motie Vietsch c.s., TK 2004–2005, 29 800 XVI, nr. 49*

Deze motie betreft aanpassing van budgetten zodat een intramurale cliënt na een tijdelijke ziekenhuisopname kan terugkeren. Deze motie kan in relatie worden gezien tot de motie Azough (TK 2005–2006, 30 300 XVI, nr. 55) betreffende regelgeving inzake het opruimen van de kamer van een overleden verpleeghuisbewoner.

Op deze laatste motie heb ik tijdens het Algemeen Overleg modernisering AWBZ van 8 december 2005 afwijzend gereageerd. Deze motie raakt aan het vraagstuk rond de wachtlijsten en ik neig ertoe, ook gezien het feit dat er geen financiële dekking voor de motie is, de balans te laten doorslaan naar het zo snel mogelijk opnemen van nieuwe cliënten. In de VWS-brief van 12 december 2005 (TK 2005–2006, 30 300 XVI, nr. 102) met de reactie op de tijdens de begrotingsbehandeling ingediende moties, is dit standpunt herhaald. Ten aanzien van de motie Vietsch c.s. neem ik een vergelijkbaar standpunt in.

Wel zie ik of bij de bekostiging van de intramurale zorg op basis van zorgzwaartepakketten bij de prijsstelling ook het verdisconteren van niet te vermijden leegstand van bedden een rol kan spelen. Het Ctg/ZAio beziet dit in overleg met betrokken brancheorganisaties en ZN. Het gaat daarbij om een afweging van belangen van instellingen en cliënten in relatie tot een doelmatige aanwending van middelen. Het gaat daarbij ook om de uitvoerbaarheid in de praktijk.

*Afspraken rond geschillenbeslechting*

In het Algemeen Overleg is tevens gesproken over de beroepsmogelijkheid voor zorginstellingen tegen besluiten van zorgkantoren. Daarbij heb ik – in reactie op de motie die kamerlid Vietsch had ingediend – toegezegd de Tweede Kamer schriftelijk te informeren over de gemaakte afspraken hierover met de brancheorganisaties van zorgaanbieders en Zorgverzekeraars Nederland.

De afspraak die ik in het najaar van 2005 met de vertegenwoordigers van zorginstellingen en zorgkantoren heb gemaakt ziet er als volgt uit. Uiteraard geldt de algemene regel dat een instelling die het niet eens is met het besluit van het zorgkantoor, dit geschil kan voorleggen aan de burgerlijke rechter. In aanvulling op deze algemeen geldende juridische beroepsmogelijkheid is afgesproken dat signalen over een onjuiste gang van zaken rond de contractering kunnen worden doorgegeven aan de brancheorganisaties van zorginstellingen en Zorgverzekeraars Nederland. Dan wordt in eerste instantie geprobeerd het knelpunt op lokaal niveau op

te lossen, eventueel door bemiddeling of mediation. In een aantal gevallen is dit wellicht niet mogelijk. Dan kunnen knelpunten worden gemeld bij Ctg/ZAio.

Ik verwacht dat deze aanpak eraan zal bijdragen dat lokale partijen langer in gesprek blijven om tot een oplossing te komen. Conflicten kunnen hierdoor sneller worden opgelost en onnodige juridische procedures voorkomen. De gang van zaken zal het komende jaar nauwgezet worden gevolgd. Als daaruit blijkt dat er aanpassingen in deze procedure nodig zijn zal ik hierover met genoemde partijen in overleg treden.

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



**VOORTGANGSRAPPORTAGE 10 GROOT PROJECT  
MODERNISERING AWBZ, OVER DE PERIODE 1 JULI T/M  
31 DECEMBER 2005**

**Deeltraject 1: Persoongebonden bekostiging**

*Stand van zaken vereenvoudiging pgb*

Als onderdeel van de modernisering van de AWBZ is per 1 april 2003 het pgb-nieuwe-stijl ingevoerd. Hiermee wordt de uitvoeringsstructuur eenvoudiger en klantvriendelijker. De vereenvoudiging van het pgb is bewerkstelligd door enerzijds de drie pgb-regelingen oude stijl om te vormen tot één AWBZ-brede pgb-regeling en anderzijds de uitvoeringsstructuur te vereenvoudigen. Doordat de AWBZ-aanspraken eveneens per 1 april 2003 in functiegerichte termen zijn omschreven, zijn de sectorale/categoriale «schotten» komen te vervallen en is er één integrale pgb-regeling tot stand gekomen. De vereenvoudiging van de uitvoeringsstructuur is gebeurd door het systeem van trekkingsrechten bij de Sociale Verzekeringsbank te vervangen door een budgetstelsel, waarbij budgethouders zelf het beheer over hun budget hebben. Met het pgb kan de budgethouder zelf zijn zorg organiseren en zelf zijn zorgverlener uitbetalen. Indien er sprake is van volledig werkgeverschap (zorgverlener werkt meer dan 2 dagen per week) of van een opting-in regeling (op de betalingen aan de zorgverlener wordt vooraf loonheffing ingehouden) kan de budgethouder op vrijwillige basis gratis gebruik maken van een facilitaire organisatie, SVB Servicecentrum PGB. De oude regelingen pgb zijn per 1 januari 2006 opgeheven.

Op dit moment worden de voorbereidingen ter hand genomen om de pgb-subsidieregeling per 1 januari 2008 te beëindigen en wettelijk in de AWBZ te verankeren als aanspraak.

*Ontwikkeling klassen m.b.t. omvang zorg, waardebeoordeling*

Met het hiervoor aangegeven Besluit zorgaanspraken AWBZ is ook per 1 april 2003 geregeld dat het indicatieorgaan in zijn indicatiebesluit aangeeft voor welke functies en klassen de verzekerde is geïndiceerd (TK 2001–2002, 26 631 en 25 657, nr. 22 en TK 2002–2003, 28 657, nrs. 40 en 1). Het systeem van klassen is verder per 1 april 2003 ingevoerd in het persoonsgebonden budget nieuwe stijl (TK 2002–2003, 25 657 en 26 631, nr. 25).

*Bekostigingssystematiek*

Over aanpak van de invoering van de bekostiging in functies en klassen heb ik de Kamer geïnformeerd bij brief van 28 augustus 2003 (TK 2002–2003, 26 631, nr. 55). Met ingang van 1 januari 2004 is voor de extramurale AWBZ-zorg de Wtg-beleidsregel extramurale zorgproducten 2004 ingevoerd. Met de brief van 23 november 2004 (TK 2004–2005, 26 631, nr. 117) heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over volgende stappen in de richting van een volledig functiegericht bekostigingssysteem.

Met de brief van 2 november 2005 (TK 2005–2006, 26 631, nr. 152) is de Kamer geïnformeerd over het voornemen om per 1 januari 2007 de beoogde functiegerichte bekostiging voor de intramurale zorg vorm te geven door middel van de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Het plan van aanpak daarvoor is op 30 januari 2006 aan de Kamer toegezonden (TK 2005–2006, 26 631, nr. 162).



Tijdschrijven vindt bij zorgaanbieders niet alleen plaats voor het bepalen van de eigen bijdrage maar ook voor de bekostiging en voor de interne bedrijfsvoering (o.m. salariering). Uit onderzoek blijkt dat in de praktijk een aantal ontwikkelingen leidt tot een meer efficiënte uitvoering van tijdregistratie en daarmee beperking van administratieve lasten.

Bij veel zorgaanbieders wordt de (stabiele) huishoudelijke zorg geregistreerd op basis van het principe «planning=registratie». Dit betekent dat er nagenoeg geen registratie meer op de werkvloer plaats vindt. Zorgverleners hoeven slechts afwijkingen te registreren. Het aantal registratiminuten per dag is hierdoor vrijwel nihil.

Bij de «instabiele zorg» (persoonlijke verzorging en verpleging) wordt door zorgaanbieders in toenemende mate gebruik gemaakt van ICT. Hier moet gedacht worden aan de inzet van PDA's, barcodelezers, registratie door middel van de telefoon of sleutelhangers. Hierdoor kan de registratietijd van geleverde zorg fors worden gereduceerd. Door deze ontwikkelingen hebben zorgaanbieders de administratieve lasten beperkt. Op basis van een steekproef bij 20 grote, middelgrote en kleine instellingen (samen 26% van het totale aantal uren extramurale zorg in 2004) blijkt dat bij ongeveer 43% van de instellingen door inzet van «planning=registratie» en inzet van ICT een beperking van administratieve lasten wordt gerealiseerd.

Ik vind een verdere beperking van de registratietijd zeer wenselijk. Het verbetert de interne bedrijfsvoering van thuiszorginstellingen en de registratie van de eigen bijdrage vormt hierdoor geen aanvullende (administratieve) last meer. Door het beperken van de registratietijd neemt de tijd voor directe zorgverlening toe en nemen de administratieve lasten af.

In het convenant AWBZ 2005–2007 heb ik voor de zorgaanbieders specifiek geld beschikbaar gesteld voor investeringen in ICT. Bovendien wil ik het gebruik van ICT voor gegevensregistratie ondersteunen door de elektronische gegevensuitwisseling voor de inning van de eigen bijdrage te integreren in de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR). Het bericht valt daarvoor in dezelfde beheersorganisatie als andere berichten die de betreffende partijen met elkaar uitwisselen. Hierdoor wordt de consistentie tussen de verschillende berichten in de AWBZ geborgd.

#### *Onderzoek naar beleefde administratieve lasten*

In het najaar 2005 is bij vijf representatieve AWBZ-instellingen een onderzoek gestart om ervaren administratieve lasten en de veroorzakers van deze lasten in kaart te brengen. Vervolgens worden concrete en uitvoerbare voorstellen uitgewerkt om zowel de beleefde als de feitelijke administratieve lasten te verminderen. In het onderzoek staan zorginstelling en medewerker op de werkvloer centraal. In overleg met de VWS-commissie administratieve lasten in de zorg wordt nu een plan van aanpak opgesteld. Ik verwacht u het plan van aanpak in de loop van juni te kunnen toesturen.

### **Deeltraject 2: Versterken van de uitvoeringsstructuur**

#### *Indicatiestelling*

Gegeven de oorspronkelijke doelstelling van de mAWBZ is hetgeen beoogd is, gerealiseerd: het tot stand brengen van een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling.

#### *Juridische status*

Gegeven het kabinetsbesluit om de indicatiestelling te centraliseren, is het landelijk Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) per 1 januari 2005 gestart

met de uitvoering van de indicatiestelling AWBZ. VWS heeft in het kader van de financiering van het CIZ in de subsidievoorwaarden onder andere meegenomen welke landelijke gegevens het CIZ dient te genereren over de uitvoering van de indicatiestelling AWBZ.

Het voornemen van VWS om het CIZ wettelijk als privaatrechtelijk ZBO vast te leggen is eind februari 2006 goedgekeurd in de Ministerraad. Hierover heb ik u 22 maart jl. bericht (Kamerstukken 2005–2006, 26 631, nr. 167). Inmiddels zijn de juridische voorbereidingen gestart. Ik verwacht dat de AWBZ begin 2007 is aangepast waardoor centrale indicatiestelling wettelijk is vastgelegd.

#### *Functioneren CIZ na de centralisering*

Sinds de start van de uitvoering van de indicatiestelling door het CIZ, heeft deze grote vooruitgang geboekt in de verbetering en uniformering van de indicatiestelling AWBZ.

Het regionaal gefaseerd implementeren van het uniforme referentiewerkproces, dat regelt hoe de afzonderlijke CIZ-locaties aanvragen in behandeling nemen en afhandelen, is in het derde kwartaal 2005 gestart en zal in de zomer 2006 zijn voltooid. Alle locaties zullen dan conform het referentiewerkproces werken. Het gaat om een ingrijpende implementatie, vandaar een gefaseerde uitrol zodat het afhandelen van aanvragen niet in gevaar komt. Het referentiewerkproces is belangrijk omdat het CIZ hierdoor verdergaande uniformiteit en standaardisatie in de werkwijze realiseert in de regio's.

Standaardisatie heeft er in 2005 al toe geleid dat het CIZ de mogelijkheid kan bieden aan derden (bijvoorbeeld zorgaanbieders in de AWBZ en ziekenhuizen) om op basis van taakmandaat mensen te indiceren voor zorg en meteen in zorg te nemen. Het daadwerkelijke besluit wordt uiteindelijk door het CIZ afgegeven. Het referentiewerkproces blijft in ontwikkeling gezien het streven om te komen tot verdere vereenvoudiging en standaardisering van processen en stroomlijning van de gegevensvastlegging.

Ook streeft het CIZ naar het verbeteren van de communicatie naar cliënten. Zo zijn eind 2005 de besluitbrieven verbeterd. Deze worden op dit moment verwerkt in het automatiseringssysteem. Ook kunnen cliënten via de website van het CIZ vragen voorleggen aan het CIZ. Het CIZ is inmiddels in staat om deze vraag direct door te sluizen naar de betreffende CIZ-regio die de beantwoording verzorgt.

De centralisatie heeft het mogelijk gemaakt via het CIZ (extra) projecten in opdracht van VWS uit te laten voeren. Het gaat bijvoorbeeld om de extra indicaties voor ex AAW-ers, de herindicaties van budgethouders in verband met de overgang van pgb-oud naar pgb-nieuw en het systematisch wegwerken van niet rechtsgeldige indicaties. Zo zijn bijvoorbeeld per 1 april 2006 de niet rechtsgeldige indicaties in de extramurale verpleging en verzorging weggewerkt.

Het doet mij deugd dat het CIZ erin geslaagd is om parallel aan deze activiteiten, het daadwerkelijk afhandelen van indicatie aanvragen geen hinder te laten ondervinden en de productie van het CIZ op peil te houden. Zo zijn in het kalenderjaar 2005 ruim 950 000 aanvragen afgehandeld.

Deze voortgang is geboekt dankzij de inzet van de medewerkers van het CIZ. Deze waren tot 1 januari 2005 nog in dienst van de RIO's en het LCIG. Alle medewerkers van het CIZ zijn definitief geplaatst per 1 oktober 2005. Het CIZ is een organisatie in verandering, ook het komende jaar zal een groot beroep worden gedaan op medewerkers om de uitvoering verder te stroomlijnen en te optimaliseren zodat klanten snel en adequaat worden bediend.

Het CIZ is op verzoek van VWS verder gegaan met het ontwikkelen van protocollen voor alle functies in de AWBZ. Dit is gebeurd in overleg met de veldpartijen en heeft voor cliënten geleid tot meer uniformering en duidelijkheid. Ik heb de bevoegdheid om beleidsregels vast te stellen die betrekking hebben op de werkwijze van het indicatieorgaan. Ik zal dit instrument benutten voor de verankering van indicatiecriteria. Het CIZ is op dit moment bezig om in overleg met het CVZ de indicatiecriteria om te zetten in beleidsregels. Zodra ik deze beleidsregels in concept heb ontvangen, zal ik u nader berichten. Ik heb het CIZ en het CVZ inmiddels schriftelijk verzocht om spoed te betrachten en dit proces voor 1 juni 2006 af te ronden.

Op 23 november 2005 heeft in de Tweede Kamer een Algemeen Overleg plaatsgevonden over mantelzorg. De Tweede Kamer heeft bij die gelegenheid aandacht gevraagd voor de wijze waarop mantelzorgers door het CIZ worden betrokken bij de indicatiestelling. Een zorgvuldige toepassing van het document gebruikelijke zorg en een soepele uitvoering van respijtzorg zijn daarbij als prangende kwesties aangemerkt. Ik kan u daarover berichten dat het CIZ nu in haar protocollen onderkent welke positie aan de mantelzorger toekomt en zijn medewerkers instrueert dit goed toe te passen. Ik heb met het CIZ afgesproken dat de communicatie naar de cliënt c.q. mantelzorger over de mogelijkheden tot bijvoorbeeld respijtzorg explicieter moet, zodat betrokkenen beter zijn geïnformeerd over hun rechten. Het CIZ gaat nu na hoe dit het beste kan gebeuren. In de huidige praktijk registreert het CIZ al of een cliënt mantelzorg ontvangt. Het CIZ geeft aan dat in de meeste gevallen een enkel signaal (bijvoorbeeld telefonisch) van de cliënt of de mantelzorger nu volstaat om respijtzorg aan te vragen. Dit doet zich bijvoorbeeld voor als de mantelzorger op vakantie gaat. Het CIZ is verder in gesprek met de Federatie van Ouderverenigingen (FvO) voor het ontwikkelen van een verbeterd systeem voor vroegsignalering van mogelijke overbelasting.

#### *AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR)*

De activiteiten en producten die noodzakelijk zijn om de AZR te realiseren zijn, gegeven de oorspronkelijke doelstelling van de modernisering AWBZ «zorgen voor uniforme registraties in alle schakels van de keten en bevorderen van samenwerking tussen de verschillende actoren in de keten (indicatieorganen, verzekeraars/zorgkantoren en aanbieders)» grotendeels afgehandeld (zie ook het bijlage 2, deeltraject 2). Een tweetal onderwerpen vraagt nog aandacht: de release 2006 en de ultieme vulling.

#### *Stand van zakenrelease 2006:*

- in de herfst van 2005 zijn de integratiestandaarden en het handboek voor de release 2006 vastgesteld;
- de release 2006 wordt momenteel bij de ketenpartners uitgerold. Hierbij zijn zo'n 3100 organisaties (CIZ-kantoren, zorgkantoren en zorgaanbieders/locaties) betrokken;
- dit traject is zomer 2006 afgerond.

De voorbereidingsfase van het project ultieme vulling is in de zomer van 2005 afgerond. Onder regie van het CVZ is een draaiboek voor de uitvoeringsfase samengesteld. Op basis hiervan is een module ontwikkeld voor gegevensverzameling bij de zorgaanbieders. De module is in december 2005–januari 2006 uitgetest bij enkele zorgkantoren en is op basis van ervaringen aangepast. Het project ultieme vulling bestaat uit twee fasen.

### *Fase 1: het verzamelen en vullen van AZR-systemen van de zorgkantoren en het toepassen van registratieve indicatiebesluiten*

De aangepaste module wordt gebruikt bij de gegevensverzameling, waarbij zorgaanbieders zo min mogelijk worden belast met extra administratieve handelingen. De gegevens worden verzameld, gecontroleerd en geregistreerd in AZR-systemen van de zorgkantoren. De module vertaalt de indicatiebesluiten in termen van producten naar functiegerichte indicatiebesluiten. Deze zogenaamde registratieve indicaties worden in AZR gemarkeerd, zodat deze herkenbaar zijn.

Op dit moment wordt in verschillende sectoren gewerkt aan het wegwerken van de legitimatielijsten. Om aanbieders niet tweemaal dezelfde gegevens aan te laten leveren is ervoor gezorgd dat de aanpak van de legitimatielijsten en de ultieme vulling op elkaar aansluiten. Naar verwachting start deze fase 1 mei 2006. Na afronding van fase 1 wordt in elke regio een kwaliteitstoets uitgevoerd. De voorbereidingen hiervoor, zoals vaststellen van criteria, zijn vrijwel afgerond. Aan de hand van de uitkomsten van deze toets wordt bezien of regio's voldoende zijn toegerust om de AZR te gebruiken voor de zorgzwaartebekostiging.

### *Fase 2: het regulier maken van de indicatiebesluiten door het CIZ*

Het gebruik van de registratieve indicatiebesluiten is een tijdelijke maatregel. Overleg met CIZ vindt plaats over de procedure voor het regulier maken van deze besluiten.

Een aantal instrumenten wordt ingezet om de *voortgang AZR* te beheersen:

- CVZ volgt voortgang bij softwareleveranciers, zorgkantoren en zorgaanbieders. Waar nodig worden organisaties aangesproken op hun verantwoordelijkheid (zie ook site [www.zorgregistratie.nl](http://www.zorgregistratie.nl)).
- zorgaanbieders hebben in 2005 € 60 miljoen extra ontvangen voor ICT (CTG-beleidsregel). Brancheorganisaties hebben hun achterban recentelijk aangespoord om mee te werken aan de ultieme vulling.
- op verzoek van ZN inventariseert VWS de mogelijkheden om via regelgeving het gebruik van de AZR door zorgaanbieders op het gewenste niveau te brengen. Een deel van de zorgaanbieders levert niet de noodzakelijke gegevens aan bij het zorgkantoor, wat leidt tot een overschatting van het aantal wachtenden.
- bij zorginkoop maken zorgkantoren afspraken met zorgaanbieders over het gebruik van de AZR. Bij het niet nakomen van de afspraken kan het zorgkantoor sancties toepassen.
- de beheerskosten van de zorgkantoren kent een component voor de AZR in de vorm van een prestatiebeloning. Dit geld komt beschikbaar zodra het berichtenverkeer op orde en de AZR gevuld is.

### *Herijking toelatingsbeleid*

De toelatingen op grond van de AWBZ zijn met ingang van 1 april 2003 gebaseerd op functies (TK 2002–2003, 28 657, nrs. 40 en 1 en TK 2003–2004, 26 631, nr. 58). Met ingang van 1 januari 2006 zijn de toelatingen geregeld in de Wet toelating zorginstellingen (TK 27 659). Met de totstandkoming van de Wet toelating zorginstellingen is het proces van herijking toelatingsbeleid voltooid.

### **Deeltraject 3: Juridische randvoorwaarden**

Om te komen tot een doelmatige uitvoering van de AWBZ wordt op diverse terreinen het beheersingsinstrumentarium omgevormd, waarbij vraagsturing het uitgangspunt is. De positie, keuzemogelijkheden en

keuzevrijheid van de cliënt in de hele zorgketen staan centraal. Hiermee wordt aan de oorspronkelijke doelstellingen tegemoetgekomen.

#### *Invoering flexibilisering V&V*

De flexibele aanspraken op verzorging en verpleging zijn ingevoerd met ingang van 1 januari 2001 door wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering met het koninklijk besluit van 17 mei 2000 (Stb. 221). Dit besluit is op 26 mei 2000 aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd (TK 1999–2000, 27 173, nrs. 247 en 1). De flexibele aanspraken zijn per 1 april 2003 met het Besluit zorgaanspraken AWBZ vervangen door functiegericht omschreven aanspraken. Met het Besluit zorgaanspraken AWBZ is het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering ingetrokken (TK 2002–2003, 28 657, nrs. 40 en 1).

#### *Definiëring functies*

Met ingang van 1 april 2003 is het nieuwe Besluit zorgaanspraken AWBZ in werking getreden. Met het Besluit zorgaanspraken AWBZ zijn de AWBZ-aanspraken in functiegerichte termen omschreven. De Kamer is bij brief van 15 juli 2002 (TK 2001–2002, 26 631 en 25 657, nr. 22) in grote lijnen geïnformeerd hoe deze aanspraken in functiegerichte termen zullen worden omschreven. Het Besluit zorgaanspraken AWBZ is op 28 oktober 2002 aan de beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd (TK 2002–2003, 28 657, nrs. 40 en 1). Vervolgens is het besluit op 1 april 2003 in werking getreden.

#### *Zorgzwaartebekostiging*

Met de brief van 2 november 2005 (TK 2005–2006, 26 631, nr. 152) heb ik u geïnformeerd over het voornemen om per 1 januari 2007 de functiegerichte bekostiging voor de intramurale zorg vorm te geven door de invoering van zorgzwaartepakketten in de gehele AWBZ zorgketen. Dit heeft implicaties voor de vormgeving van de indicatiestelling, zorginkoop, afspraken over de zorglevering in het zorgplan tot de verantwoording over de geleverde zorg. De oorspronkelijke doelstelling «de ontwikkeling en implementatie van een prestatiebekostigingssysteem» blijft, ook in deze gewijzigde opzet, in tact. Het plan van aanpak voor de invoering is op 30 januari 2006 aan de Kamer toegezonden (TK 2005–2006, 26 631, nr. 162).

De volgende zaken zullen in het kader van dit traject de loop van het jaar worden gerealiseerd:

- opstellen van AWBZ-brede beleidsregels voor de intramurale zorg met beschrijving van zorgzwaartepakketten en prijzen.
- uitwerking nadere invulling mogelijkheid tot invoering van een «persoonsvolgend budget»-systematiek binnen de bekostiging.
- invoerings- en herallocatietraject zal nader uitgewerkt zijn.
- aanpassing indicatiestelling zodat cliënten die aanspraak kunnen maken op de functie verblijf toegeleid kunnen worden tot een zorgzwaartepakket.
- onderzoek naar mogelijkheden tot verplicht stellen zorgplan en naar de rol die het zorgplan in de verantwoording over de geleverde zorg zou kunnen spelen.
- ontwikkeling van referentiemateriaal voor de zorginkoop ten behoeve van instellingen en zorgkantoor.
- toerusting AZR ten behoeve van de registratie van zorgzwaartepakketten en het behoud van keteninformatie.
- ontwikkeling keuzeondersteunende informatie ten behoeve van

cliënten over mogelijkheden zorglevering binnen een bepaald zorgzwaartepakket, rekening houdend met best practises en beschikbaarheid.

Ten behoeve van bovenstaande trajecten zijn in de periode maart–mei een bekostigingspilot en indicatiestellingspilot gepland en worden een aantal onderzoeken en nadere analyses uitgezet rondom het zorgplan, de cliënteninformatie, persoonsvolgend budget en het referentiemateriaal ten behoeve van de zorginkoop.

#### **Deeltraject 4: Koplopers, modeltrajecten en communicatie**

##### *Vernieuwingsprojecten*

Organisaties met plannen om in het kader van de modernisering van de AWBZ vernieuwingen wilden aanbrengen, zijn hiertoe in staat gesteld. Weliswaar was er geen budget beschikbaar, maar wel heeft VWS deze instellingen in staat gesteld om projecten uit te voeren; onder andere door inhuur van externe partijen die extra werkzaamheden of onderzoeken uitvoerden. VWS had hierin een duidelijke faciliterende rol.

##### *Communicatie*

In 2006 zal ten aanzien van de zorgzwaartebekostiging informatie wordt verstrekt aan cliënten, instellingen, indicatiestellers en zorgkantoren over het traject door middel van journaals, regio-bijeenkomsten (3), websites ([www.minvws.nl/wmo-awbz](http://www.minvws.nl/wmo-awbz) en [www.zorgzwaartebekostiging](http://www.zorgzwaartebekostiging)).