



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

Ons kenmerk DLZ/KZ-2829985	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag 15 feb. 08
Onderwerp 14de Voortgangsrapportage modernisering AWBZ		Bijlage(n) 3	Uw brief

1. Inleiding

In deze 14^{de} voortgangsrapportage modernisering AWBZ geef ik u inzicht in de voortgang van de deeltrajecten van het groot project modernisering AWBZ in de periode van 1 juli t/m 31 december 2007.

Tijdens het algemeen overleg (AO) modernisering AWBZ van 11 december 2007 heb ik u diverse toezeggingen gedaan. Een aantal daarvan vind u terug in de paragraaf over het desbetreffende deeltraject in deze voortgangsrapportage.

Voor één toezegging geldt dat niet; de vraag van mevrouw Van Miltenburg, n.a.v. een brief van een zorgaanbieder die aangeeft dat hij pgb-financiering nodig heeft om rond te komen. Hieraan ligt geen pgb-probleem ten grondslag, maar een financierings- en knelpuntenprobleem. Ik wil in dit kader nogmaals onderstrepen dat het cliënten vrij staat om voor een pgb te kiezen, en dat de zorgaanbieder hierin geen bepalende rol mag spelen. Een kopie van de reactie van VWS aan deze zorgaanbieder treft u bijgaand aan (bijlage 1).

Van deze voortgangsrapportage wil ik gebruik maken om u eveneens te informeren over een toezegging, die ik in het algemeen overleg over de verkeerde beddenproblematiek van 13 december 2007 heb gedaan, om na te gaan of zorgkantoren bij zorgaanbieders actief sturen op Treeknormen. Ik heb opheldering gevraagd bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Bij ZN is het niet bekend dat er sprake is van een actief beleid om te sturen op de Treeknormen.

Ten aanzien van de voortgang terugdringing administratieve lasten in de AWBZ verwijs ik u kortheidshalve naar mijn reactie van 16 januari 2008 (TK 2007-2008, 30597, nr. 14) op uw schriftelijke vragen betreffende het actieplan AWBZ "Naar eenvoud in uitvoering".

Wat betreft het SER-advies wil ik u het volgende melden. Half april verwacht de SER het advies over de toekomst van de AWBZ te kunnen vaststellen. Ik zal u voor de zomer nog de kabinetsvisie op de toekomst van de AWBZ en een reactie op het advies van de RVZ "Beter zonder AWBZ?" toesturen. Dit rapport van de RVZ treft u als bijlage 2 bij deze voortgangsrapportage.

2. Indicatiestelling

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

Vereenvoudiging indicatiestelling

Mijn beleid is er op gericht om te komen tot een eenvoudige en eenduidige indicatiestelling voor de AWBZ. Ik verwijs daarvoor naar mijn brief van 29 mei 2007 (TK 2006-2007, 30800 XVI, nr. 145). U heeft mij tijdens een AO van 31 mei 2007 (TK 2006-2007, 26631/30597, nr. 216) en in een daarop volgend VAO van 5 juni 2007 (Handelingen II, 2006-2007, nr. 76, blz. 4018 e.v.) gevraagd langs welke criteria de aangekondigde pilots gedraaid zouden gaan worden. Bij brief van 12 oktober 2007 (TK 2006-2007, 26631, nr. 227) heb ik u daarover en over het tijdpad van de pilots geïnformeerd.

Tijdens het AO modernisering AWBZ van 11 december 2007 heb ik gezegd u naar verwachting in het tweede kwartaal 2008 te kunnen informeren over de uitkomsten van de pilots die vorig jaar van start zijn gegaan:

1. invoering van de bestaande aanpak van de transferpunten uit de ziekenhuizen bij grote(re) gezondheidscentra,
2. meer ruimte voor maatwerk (door CIZ) in complexe situaties door minder belasting rondom vervolgindicaties (flexibilisering werkprocessen), en
3. die over de uitvoering van experimenten met indicatiestelling door huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Over de overige pilots, zo heb ik u tijdens het AO van 11 december 2007 toegezegd, zal ik u via volgende voortgangsrapportages informeren. Een aantal daarvan zal in (de loop van) dit jaar worden opgestart. Zo vindt onder meer overleg plaats met de Stichting Arduin over de opzet, inhoud en vormgeving van een pilot over een andere wijze van indiceren, die in nauw overleg met het CIZ zal worden uitgevoerd.

Tijdens het AO van 11 december 2007 is mij gevraagd of gedetacheerde transferverpleegkundigen in ziekenhuizen, die in dienst zijn van een zorgaanbieder, wel voldoende objectief in hun (indicatie)advisering kunnen zijn. Dit betreft overigens een al langer bestaande werkwijze in ziekenhuizen en maakt geen onderdeel uit van de pilots. In het gesprek ten behoeve van de indicatiestelling wordt door de transferverpleegkundige standaard naar de voorkeur van de cliënt voor een zorgaanbieder gevraagd. Het is uiteindelijk het zorgkantoor, dat in overleg met de cliënt, de zorg toewijst. Vanzelfsprekend wordt daarbij waar mogelijk rekening gehouden met de aangegeven voorkeur van de cliënt. Of daaraan bij de toewijzing ook daadwerkelijk invulling gegeven kan worden, is echter afhankelijk van de beschikbare capaciteit van de zorgaanbieder van voorkeur.

In dat verband is ook het Kader integraal indiceren¹ van belang, evenals de initiatieven in het kader van Uitvoering Goed Geregeld (zie brief van 28 augustus 2007, TK 2006-2007, 30597, nr. 12).

De implementatie van het Kader integraal indiceren is in volle gang. Eind 2009 zullen in de sectoren onderwijs, jeugdzorg en AWBZ-zorg alle regionale indicatieorganen werken conform dit kader. Sinds 4 juli 2007 ligt er een intentieverklaring van het ministerie van

¹ Voor de indicatietrajecten van jeugdzorg, AWBZ-zorg en (voortgezet) speciaal onderwijs is het Kader integraal indiceren vastgesteld. Hierin is geregeld dat indicatieorganen afspraken maken over cliëntroute, trajectbegeleiding, informatie-uitwisseling en consultatie. Zie de brief van 21 november 2006 (TK 2005-2006, 29284/29815, nr. 23).

VWS, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), Centraal AdministratieKantoor (CAK) en zorgkantoren met afspraken hoe de komende twee jaar verder te werken aan (betere) communicatie met burgers in de AWBZ-keten in de vorm van heldere en duidelijke informatie.

In het kader van het programma Stroomlijning Indicatieprocessen in Zorg en Sociale Zekerheid, is de website www.regelhulp.nl van belang met geïntegreerde informatie en aanvraagmogelijkheid over voorzieningen in de zorg en sociale zekerheid. Sinds het najaar 2007 draait deze site proef in enkele gemeentes. Vanaf 2009 zal Regelhulp in meer regio's worden uitgerold. Ik geeft u in overweging deze website eens te bezoeken. Meer over dit initiatief en het achterliggende programma vindt u in de brief (TK 2007-2008, 29515, nr. 225) die ook nader ingaat op de motie Heerts om onderzoek te doen naar de mogelijkheid van één indicatie- en beoordelingsorganisatie in Nederland.

Beleidsregels

Op 12 december 2007 heb ik de gewijzigde Beleidsregels indicatiestelling AWBZ vastgesteld. Deze heb ik u bij brief van 22 januari 2008 (TK 2007-2008, 26631, nr. 237) toegestuurd, zoals toegezegd tijdens het algemeen overleg van 11 december 2007. De beleidsregels zijn gewijzigd, niet alleen in verband met de zorgzwaartepakketten zoals die per 1 januari 2008 gelden, maar ook in verband met de beperkingen in de aanspraak op ondersteunende begeleiding en de overheveling naar de Zorgverzekeringswet van de AWBZ-aanspraak op geneeskundige activerende begeleiding op grond van een psychiatrische aandoening. Met de gewijzigde beleidsregels heb ik tevens gevolg gegeven aan mijn toezeggingen inzake onbetwistbare zorg en chronisch zieken, gedaan in het begrotingsdebat VWS 2008 op 14 november 2007, en aan Mezzo inzake respijtzorg, verwoord in de in oktober 2007 aan de Kamer gestuurde beleidsbrief vrijwillige inzet en mantelzorg 2008-2011 (TK 2007-2008, 30169, nr. 11).

Het CIZ is per 1 juli 2007 gestart met de indicatiestelling in termen van een zorgzwaartepakket bij een aanspraak op verblijf. Inmiddels is deze werkwijze geïmplementeerd in het werkproces.

Signalement RVZ/CEG 'Formalisering informele zorg'

Ik heb kennis genomen van het signalement van het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG), een samenwerkingsverband van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de Gezondheidsraad, over de rol van gebruikelijke zorg bij het toekennen van professionele zorg.

Ik zal u in de Agenda Ethiek en Gezondheid 2008 informeren over mijn standpunt op dit en andere signalementen van het CEG.

Productie indicatiestelling

In de eerste drie kwartalen 2007 zijn er 714.521 aanvragen in behandeling genomen. Ten aanzien van 626.437 aanvragen is een positief besluit genomen; de resterende 88.084 aanvragen zijn afgebroken of vervallen, of er is een negatief besluit genomen.

Vergeleken met de eerste drie kwartalen van 2006, waarin over 699.306 aanvragen positief is besloten, ligt het aantal positieve AWBZ-besluiten in de eerste drie kwartalen 2007 dus lager. Verwacht wordt dat het totaal aantal in behandeling genomen aanvragen over het geheel van 2007 net iets onder de 950.000 komt te liggen. Dit is ca. 7% hoger dan het door het CIZ voor 2007 begrootte aantal van 885.000 aanvragen. Voor deze extra productie zijn aan het CIZ extra middelen beschikbaar gesteld.

De doorlooptijd blijft een serieus aandachtspunt voor het CIZ.

De stijging in de categorie indicatieaanvragen met een doorlooptijd > 6 weken naar 20% in het tweede kwartaal 2007 is door forse maatregelen van het CIZ aanzienlijk teruggebracht. Ondanks die daling, naar 13% in het derde kwartaal 2007, ligt het percentage indicatieaanvragen met een doorlooptijd > 6 weken nog steeds te hoog. Een deel hiervan is echter door het CIZ slecht te beïnvloeden, bijvoorbeeld in geval dossiers wachten op informatie van behandelaars of op een reactie van de cliënt. De reden dat een dossier langer blijft wachten is binnen het CIZ wel bekend maar wordt slechts zodanig incidenteel geregistreerd dat daarover landelijk nu geen nadere gegevens beschikbaar zijn. In het derde kwartaal 2007 is verder het aantal indicatieaanvragen dat binnen 0-2 weken is afgehandeld weer gestegen, naar 65% van het totaal aantal positieve besluiten.

Onderstaande tabel laat de gemiddelde doorlooptijd van indicatieaanvragen per kwartaal zien.

Doorlooptijden indicaties	1° kw 2006	2° kw 2006	3° kw 2006	4° kw 2006	1° kw 2007	2° kw 2007	3° kw 2007
0-2 weken	64%	62%	62%	64%	59%	56%	65%
2-4 weken	16%	17%	15%	16%	14%	14%	14%
4-6 weken	8%	9%	9%	9%	10%	10%	8%
> 6 weken	12%	12%	14%	11%	17%	20%	13%
TOTAAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

3. AWBZ brede zorgregistratie (AZR)

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

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

In het kader van de AZR rapporteer ik over de volgende onderwerpen:

- het oplossen van knelpunten;
- de planning release 3;
- het wegwerken van de intramurale non-indicaties;
- het verbeteren van de inhoudelijke kwaliteit van de AZR.

Oplossen van knelpunten

Afgelopen half jaar hebben enkele zorgaanbieders (uit Haarlem en omstreken) te kennen gegeven dat er knelpunten zijn met betrekking tot de AZR. Ik heb met deze zorgaanbieders bijeenkomsten belegd, waar ook de andere ketenpartners (CIZ, zorgkantoren) bij aanwezig waren. Zodoende heb ik zicht gekregen op de achterliggende oorzaken van de knelpunten. Nu deze bekend zijn, kunnen adequate oplossingen bedacht worden. Mijn ervaring is dat slechts een klein deel van de knelpunten veroorzaakt wordt door de AZR in technische zin. Doorgaans blijkt dat de AZR spelregels niet uniform worden toegepast in de keten, waardoor de ketenpartners elkaar als het ware 'in de weg' zitten. Zo komt het nogal eens voor dat de indicatiebesluiten (te) laat worden ingevoerd in AZR, terwijl de zorg al gestart is. De logische

volgorde der dingen wordt dan verstoord, waardoor er 'ruis' ontstaat in de keten. Dan moet met terugwerkende kracht de AZR worden bijgewerkt en dat vergt extra energie van betrokkenen. Om dit soort situaties te voorkomen is het van belang dat alle ketenpartners zich houden aan de afgesproken administratieve verwerkingstijden voor de keten. Met het CIZ maak ik nadere afspraken over het wegwerken van de achterstanden bij de indicatiestelling en het verkorten van de verwerkingstijden in de AZR. De zorgkantoren maken contractuele afspraken met de zorgaanbieders over de verwerkingstijden voor het onderlinge berichtenverkeer.

Planning release 3

Tijdens het AO modernisering AWBZ van 11 december jl. heb ik u toegezegd een planning te overleggen van release 3 van de AZR. Release 3 omvat:

- nazorg op de huidige release 2.1;
- het integraal verwerken van de zorgzwaartepakketten (zzp) in de AZR;
- het elektronisch declareren van geleverde zorg via de AZR.

Met de ketenpartners bestaat overeenstemming over het doel en de scope van release 3. Dat heeft enige extra tijd gevergd. Het ontwikkelen van een nieuwe release verloopt volgens een interactief proces, waarbij alle ketenpartners en brancheorganisaties betrokken zijn. Centraal staan de werkprocessen bij de ketenpartners en de wijze waarop de AZR deze dient te ondersteunen. De impact op de bedrijfsvoering mag is dus aanzienlijk. Vandaar dat ik de ketenpartners méér tijd heb gegund om mee te denken over de scope van de AZR. Inmiddels is er een solide draagvlak voor deze volgende fase van de AZR.

Volgens planning is het CVZ in oktober 2007 begonnen met het technisch uitwerken van de AZR specificaties. Gaandeweg, in november 2007, bleek dat met name de zorgkantoren behoefte hadden aan een nadere uitwerking van de processen. Denk hierbij aan het proces van zorgtoewijzing, de overbruggingszorg, de handelswijze ingeval van hoofd- en onderaannemerschap en de zorginkoop in de situaties dat er sprake is van zorgzwaartepakketten. De redenering daarbij is: éérst de processen duidelijk beschrijven en daarna pas beginnen met de technische uitwerking.

Ik heb begrip voor de zienswijze van de zorgkantoren en heb hen de ruimte gegeven om meer tijd te nemen om de processen op hoofdlijn uit te werken en de gemaakte keuzes expliciet te maken. Zoals gezegd, is er op dit moment dus sprake van oponthoud. Maar ik zie het als positief dat nu, dankzij de inzet van de ketenpartners, een gemeenschappelijk beeld ontstaat van hoe de keten moet werken. De onvermijdelijke discussies worden nú gevoerd, op het juiste moment. En het voorkomt dat op een later moment technisch uitgewerkte zaken moeten worden teruggedraaid, omdat er onvoldoende draagvlak is.

Onderstaand schema is een planning op hoofdlijn. De komende maanden wordt een gedetailleerde planning opgesteld.

Planning release 3	Oorspronkelijke planning	Herziene planning
Vaststellen scope release 3	Oktober 2007	Februari 2008
Beschrijven processen	Oktober-december 2008	Maart-mei 2008
Technische uitwerking	Januari-april 2008	Mei-Juli 2008
Software aanpassen	Mei-oktober 2008	Augustus-januari 2009
Testen voorkant keten	Oktober-december 2008	Februari-april 2009
Voorkant in productie	Januari 2009	Mei 2009
Ketentest achterkant	Februari-maart 2009	Juni-juli 2009
Achterkant in productie	Vanaf april 2009	Vanaf augustus 2009

Belangrijk te weten is dat de vertraging op het vlak van de AZR geen noemenswaardige gevolgen heeft voor de voortgang bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Want sinds 1 juli 2007 worden de zorgzwaartepakketten al via de AZR verwerkt.

Wegwerken intramurale non-indicaties

Er zijn naar verwachting zo'n 45.000 cliënten zonder rechtsgeldig indicatiebesluit (non-indicaties). Met name in de gehandicaptenzorgsector is dit het geval. Sinds kort is het project 'wegwerken non-indicaties' van start gegaan. Doel is om op een 'slimme' manier deze cliënten in 2008 van een indicatiebesluit te voorzien. Dit gaat als volgt.

In het kader van de zorgzwaartebekostiging (ZZP) worden de zorgaanbieders gevraagd de zorgzwaartescore te actualiseren. Doel is om in maart 2008 een nieuwe, actuele, stand te hebben van alle cliënten die in zorg zijn. Deze scores worden vervolgens gebruikt voor het afgeven van indicatiebesluiten aan de cliënten die er nog geen hebben.

Het CIZ schat in dat ongeveer 75% van de cliënten via een korte, administratieve, procedure van een indicatiebesluit kan worden voorzien. De rest doorloopt wellicht de reguliere procedure. De verwachting is dat deze 45.000 cliënten relatief snel en kostenefficiënt van een indicatiebesluit kunnen worden voorzien.

De administratieve lasten voor de zorgaanbieders zijn minimaal: zij krijgen de indicatiebesluiten via de AZR aangereikt en hoeven alleen de geleverde zorg terug te melden. De cliënt heeft als voordeel dat hij beschikt over een actueel indicatiebesluit.

De voorbereidingsfase (scores nalopen en cliënten ordenen) loopt nu en duurt tot mei. De uitvoeringsfase (afgeven van indicatiebesluiten, controles) loopt van mei t/m december.

Het is de bedoeling om als volgt te werk te gaan: telkens worden via de AZR per zorgaanbieder alle cliënten voorzien van een indicatiebesluit en toegewezen. De zorgaanbieder moet vervolgens melden dat de zorg is geleverd. Dit alles moet plaatsvinden in een zo kort mogelijke tijdspanne.

Verbeteren inhoudelijke kwaliteit van de AZR

Het is bekend dat de inhoudelijke kwaliteit van de gegevens in de diverse systemen van de AZR nog niet voldoende is. Enkele voorbeelden: een deel van de cliënten heeft geen indicatiebesluit (non-indicaties); er blijven indicaties 'open' staan, omdat de geleverde zorg niet tijdig wordt gemeld; er is sprake van dubbele cliënten; ook zijn er cliënten met meerdere indicatiebesluiten.

De zorgkantoren geven aan dat er wel sprake is van verbetering. Dit komt onder meer doordat de 'regeling AO/IC voor zorgaanbieders' van kracht is geworden en de zorgkantoren het principe zijn gaan hanteren van 'niet gemeld is geen geld'.

Onder regie van VWS is een traject gestart dat moet leiden tot een substantiële verbetering van de kwaliteit van de AZR. Hierin is ook inbegrepen de introductie van het burgerservicenummer (BSN) in de keten, zodra de Eerste Kamer ingestemd heeft met het wetsvoorstel.

4. Persoonsgebonden bekostiging

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

Vereenvoudiging uitvoering pgb-AWBZ

Om de uitvoering van de pgb-regeling te vereenvoudigen en klantvriendelijker te maken is het streven de digitale verantwoording in 2008 fasegewijs te realiseren.

Aantal budgethouders

Het aantal budgethouders is volgens het CVZ (College voor zorgverzekeringen) van 1 juli tot 1 december 2007 gestegen van 75.983 naar 88.473. Er is sprake van een forse groei van bijna 2.500 budgethouders per maand. In mijn brief van 9 november 2007 (TK 2007-2008, 26631, nr. 232) heb ik al gemeld, dat het pgb-evaluatieonderzoek van het ITS laat zien dat vooral het aandeel jeugd met een psychiatrische grondslag in de pgb-regeling groeit. Omdat niet bekend is waarom er zoveel jongeren met een ggz-problematiek in het pgb instromen via de bureaus jeugdzorg laat ik hiernaar onderzoek doen. Daarnaast vindt er onderzoek plaats naar de toeleiding tot het pgb. Daarin wordt bekeken in hoeverre zorgaanbieders, bemiddelingsbureaus, gemeentelijke sociale diensten, etc. zorgvragers hebben gestimuleerd om een pgb aan te vragen en waarom.

Een interdepartementale werkgroep analyseert op basis van deze onderzoeken de oorzaken van de groei van de pgb-uitgaven en zal op basis daarvan voorstellen doen ten behoeve van de voorjaarsbesluitvorming, gericht op een betere budgettaire beheersbaarheid van de AWBZ-uitgaven in het algemeen en de pgb-regeling in het bijzonder. Eventuele maatregelen lopen mee in de besluitvorming rond de voorjaarsnota.

Subsidieplafond 2007

Het subsidieplafond 2007 van het pgb-AWBZ bedroeg aanvankelijk € 1.064 miljoen. In het kader van de Voorjaarsnota is het subsidieplafond verhoogd met € 314 miljoen naar € 1.378 miljoen. Dit verhoogde plafond was op 1 juli 2007 bereikt. In verband daarmee heb ik het subsidieplafond nog eens met € 77 miljoen verhoogd naar € 1.455 miljoen.

SVB Servicecentrum pgb

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

Per 31 december 2007 verzorgde de SVB voor 20.932 budgethouders de salarisadministratie. Voor 19.924 budgethouders werd zowel de salarisadministratie als het betalingsverkeer verzorgd. Voor de overige 1.008 budgethouders beperkte de dienstverlening zich tot het aanmaken van loonstroken. Deze budgethouders verzorgden –op eigen verzoek– zelf het betalingsverkeer. De salarisadministratie had betrekking op 36.547 zorgverleners.

Participatiebudget

In mijn brief van 16 januari 2008 (TK 2007-2008, 30597, nr. 14) inzake het actieplan AWBZ "Naar eenvoud in uitvoering" heb ik u geïnformeerd over de pilot met het ministerie

van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, waarbij de voorzieningen vanuit het pgb-AWBZ en WIA in één budget gebundeld worden en het onderzoek naar een pilot met een leerlinggebonden financiering cluster 2 en 3.

In de loop van 2009 wordt u geïnformeerd over de evaluatie van de pilots.

Evaluatieonderzoek pgb-AWBZ

Het pgb-evaluatieonderzoek en mijn bevindingen daarover hebt u ontvangen bij mijn brief van 9 november 2007 (TK 2007-2008, 26631, nr. 232).

Fraude pgb

Oneigenlijk gebruik, misbruik of fraude met het pgb kunnen bij het zorgkantoor en het meldpunt van het Openbaar Ministerie worden gemeld. Een apart meldpunt is dan ook niet noodzakelijk. Op de website van VWS zal worden aangegeven dat signalen van oneigenlijk gebruik, misbruik of fraude met het pgb bij de zorgkantoren kunnen worden gemeld (zoals toegezegd tijdens het AO van 11 december 2007). Daarnaast vraag ik het CVZ dit nog eens expliciet onder de aandacht van de pgb-managers van de zorgkantoren te brengen.

Eigen bijdrage

Verwacht wordt dat de opbrengst van de eigen bijdragen in 2007 zal dalen ten opzichte van de opbrengst in 2006. De oorzaken daarvan zijn:

1. sinds 1 januari 2007 wordt bij het pgb-AWBZ alleen een eigen bijdrage in mindering gebracht op de functies persoonlijke verzorging en verpleging.
2. de groei van het aantal budgethouders lijkt voor een groot deel veroorzaakt te worden door een toename van het aantal jeugdige budgethouders die geen eigen bijdrage betalen.
3. als een budgethouder ook een beroep doet op de Wmo-voorzieningen komt een gedeelte van de op het pgb-AWBZ in mindering gebrachte eigen bijdrage weer te vervallen.

Tegenover de verwachte vermindering van de opbrengst van de eigen bijdragen staat dat de uitvoering van de bijdrageregeling gecompliceerder is geworden doordat de eigen bijdrage Wmo prevaleert boven de eigen bijdrage AWBZ. Het CVZ zal in 2008 onderzoek doen naar de opbrengst van de eigen bijdrage bij het pgb-AWBZ in relatie tot de uitvoeringskosten.

5. Zorgzwaartefinanciering

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

Voor de voortgang rond de invoering van de zorgzwaartebekostiging verwijs ik u naar de voortgangsrapportage die naar verwachting in de tweede helft van februari 2008 aan uw Kamer zal worden gestuurd.

6. Versterking van het verzekeringskarakter

Doelstelling:

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

Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2006

De NZa heeft in het najaar 2007 het Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2006 uitgebracht. Het rapport bevat een samenvatting van de bevindingen van het onderzoek naar de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Uit het rapport blijkt dat de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren is verbeterd ten opzichte van 2005. Op een aantal onderdelen is de AWBZ minder goed uitgevoerd. Daarbij gaat het om de uitvoering van het contracteerproces, doelmatig gebruik van financiële middelen en de behandeling van klachten. Een dezer dagen ontvangt u van mij het rapport en mijn reactie daarop.

Overhevelen van AWBZ-taken naar zorgverzekeraars

Zoals u weet heb ik de SER gevraagd een advies uit te brengen over de AWBZ. Dat advies zal ook gaan over de uitvoering van de AWBZ en de rol van de zorgkantoren. In mijn reactie op het SER-advies zal ik terugkomen op de positie van de zorgkantoren. Aangezien de aanwijzing zorgkantoren en het Convenant zorgkantoren eind 2008 aflopen, ben ik in overleg met ZN, de NZa en het CVZ om te bekijken hoe de aanwijzing voor de uitvoering van de AWBZ vooralsnog zijn vervolg zal krijgen.

Ketenzorg in de AWBZ

Klantgerichte zorginkoop vind ik van belang. In het contact tussen concessiehouders/zorgkantoren en zorgaanbieders staan op dit moment vooral onderhandelingen over budgetten, tarieven en contracteerruimtes centraal. Ik wil meer aandacht voor het organiseren van vraaggerichte zorg. Zoals u weet ben ik in overleg met ZN om een contourenplan op te stellen voor ketenzorg voor dementerenden. De zorginkoop van goede zorg voor dementerenden wordt als een eerste concrete en haalbare stap voor 2008/2009 gezien. Er ligt namelijk al veel kennis en ervaring vanuit het Landelijk Dementie Programma (LDP) dat als input kan dienen voor de zorginkoop van concessiehouders/zorgkantoren. De ervaring die concessiehouders/zorgkantoren met de zorginkoop voor dementerenden opdoen kan dienen als input voor beleid en als input voor klantgericht inkopen voor de gehele langdurige zorg.

Contracteerruimte 2008

In december 2007 is door middel van een aanwijzing aan de NZa een bedrag van € 539 miljoen aan groeiruimte beschikbaar gesteld. Een deel van dit bedrag is bestemd voor specifieke onderwerpen zoals de groei van de pgb. In totaal resteert een bedrag van € 200 miljoen dat kan worden aangewend voor volumegroei in 2008.

Mede op verzoek van de Kamer is een bedrag van € 25 miljoen gereserveerd als herverdelingsbudget. Naar aanleiding van de ontwikkeling in 2008 kan de NZa mij adviseren op welke wijze dit bedrag het beste kan worden ingezet.

De NZa verdeelt het bedrag van de groeiruimte over de zorgkantorregio's. De NZa hanteert daarbij objectieve factoren die beter aansluiten bij de zorgvraag in de regio. In 2008 zal de NZa deze systematiek verder verfijnen.

In het budget voor 2008 is ook rekening gehouden met de intensiveringen in de sector met betrekking tot onder meer de personeelsimpuls in de V&V-sector en de extra middelen voor de gehandicaptenzorg. Daarnaast is rekening gehouden met de tariefmaatregelen en de aanscherping van de aanspraken ondersteunende begeleiding.

De tariefmaatregelen hebben betrekking op de 1% algemene korting op de maximumtarieven die door de NZa worden vastgesteld en de aanpassing van het maximum tarief voor persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding algemeen met 3,5% in combinatie met het voornemen om de zorgleverantie binnen de geïndiceerde klasse te beperken.

Over de uitwerking van deze maatregel heb ik u op 21 december 2007 afzonderlijk geïnformeerd (TK 2007-2008, 26631, nr. 235). In deze brief ben ik ook ingegaan op de werking van de knelpuntenprocedure en meer specifiek op de positie van zorgaanbieders die aanvullende zorg leveren.

Fusievoornemens (scherper toetsingskader NMa)

Zowel in de extramurale zorg als in de intramurale zorg heeft de lijn van de fusies zich voortgezet. Ook fusies van organisaties die zich voorheen afzonderlijk op beide typen zorg richtten komen voor. De NMa heeft in zijn toezichtrol ten aanzien van deze operaties in enkele gevallen vooraf aanleiding gezien voorschriften aan de fusiepartners op te moeten leggen, omdat de wijze waarop het samengaan van de organisaties zonder meer zou kunnen leiden tot niet geoorloofde marktmacht. Ten behoeve van partijen in het veld heeft de NMa "Richtsnoeren voor de zorgsector" vastgesteld. Daarin kunnen organisaties die voornemens zijn te fuseren nagaan onder welke condities dat geoorloofd is, aan welke eisen moet worden voldaan, wanneer de NMa van oordeel is dat er 'belemmering van concurrentie' is, van 'verboden afspraken tussen concurrenten', etc.

In deze Richtsnoeren is tevens aangegeven vanaf welk bedrag fusies altijd onderwerp van beoordeling door de NMa zijn. Dit bedrag is met ingang van 1 januari jongstleden verlaagd. Het kabinet heeft gemeend gedurende een aantal jaren de vinger nauwer aan de pols te willen houden bij fusies in de zorg. Daarom is het zogenaamde drempelbedrag verlaagd naar € 55 miljoen wereldwijde omzet van de fuserende organisaties gezamenlijk en minstens twee van de fuserende ondernemingen in Nederland elk een jaaromzet van € 10 miljoen realiseren. Zijn deze twee ondernemingen in het kalenderjaar voorafgaand aan de fusie met het verlenen van zorg bezig geweest dan geldt voor hen een omzetbedrag van € 5,5 miljoen per jaar. Zorg wordt vervolgens ruim uitgelegd als AWBZ-zorg, gezondheidszorg zoals in ziekenhuizen, door huisartsen en apothekers, en huishoudelijke zorg gefinancierd uit de WMO.

Recent heeft het voornemen tot verregaande samenwerking tussen een woningcorporatie en zorgondernemingen geleid tot kritische vragen van uw kant. Ik verwijs u hier graag naar mijn antwoorden op de vragen van de heer De Vries van het CDA (18 december 2007, TK 2007-2008, 932). Ik volg de ontwikkelingen op dat vlak op de voet en bericht u nader zodra er nieuwe ontwikkelingen zijn op dat vlak.

7. Toelating zorgaanbod

Doelstelling: meer keuzemogelijkheden voor de cliënt.

Sinds 1 januari 2007 beoordeelt de unit Toelating Zorginstellingen bij het CIBG toelatingsverzoeken op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). De WTZi kent twee soorten verzoeken: verzoeken waarop het bouwregime van de WTZi niet van toepassing is en verzoeken waarop het bouwregime wel van toepassing is. Aanvragen waarop het bouwregime van toepassing is, worden voor advies voorgelegd aan het College bouw zorginstellingen (Cbz).

Aanvragen waarop bouwregime niet van toepassing is

Per 1 januari 2007 stonden 225 aanvragen open waarop het bouwregime niet van toepassing is. In 2007 zijn circa 1.225 aanvragen ingediend. In het jaar 2007 zijn 690 beschikkingen afgegeven waarmee circa 760 aanvragen zijn afgehandeld (64 beschikkingen

betroffen meer dan één aanvraag). Op 31 december waren 691 aanvragen nog niet afgehandeld.

Aanvragen waarop bouwregime van toepassing is

Per 1 januari 2007 zijn 530 aanvragen waarop het bouwregime van toepassing is overgedragen aan de unit Toelating Zorginstellingen. In het jaar 2007 zijn 1.120 aanvragen ingediend. In het laatste deel van het jaar heeft een versnelling in de afhandeling plaatsgevonden.

Op 31 december 2007 waren 360 aanvragen afgehandeld met 347 beschikkingen (enkele beschikkingen betroffen meer dan één aanvraag). Er zijn 21 aanvragen op een andere wijze afgehandeld (bijvoorbeeld ingetrokken). Er staan nog circa 1.280 aanvragen open. Daarvan hebben 177 aanvragen betrekking op de besluitvormingsperiode 2008-2009.

In de WTZi is vastgelegd dat er tweejaarlijks besluitvorming plaatsvindt. De eerste besluitvormingsperiode heeft betrekking op de jaren 2006 en 2007. Daarbij is als uiterste indieningsmoment voor toelatingsaanvragen 31 mei 2007 gehanteerd. De besluitvorming daarover vindt in beginsel eind 2007 plaats. Gelet op enerzijds de grote hoeveelheid aanvragen en anderzijds vaststelling van het beschikbare budget zal de besluitvorming over een deel van de aanvragen begin 2008 plaats vinden. Daarna kan ook voor deze aanvragen een beschikking worden afgegeven.

VWS heeft met het CIBG afspraken gemaakt over het wegwerken van de achterstand. Hiervoor zijn financiële middelen beschikbaar gesteld om tijdelijk extra menskracht in te huren. Inmiddels zijn vanaf september-november fasegewijs 25 mensen in dienst genomen. Zij zullen gedurende een half jaar de achterstand moeten wegwerken.

8. Variatie in woonaanbod

Wonen en zorg

In het Coalitieakkoord is benadrukt dat een grotere variatie in het woonaanbod essentieel is opdat ouderen langer in hun wijk kunnen blijven wonen. Als aandachtspunten worden onder meer genoemd: wijkservicepunten voor welzijn en zorg, het generatiebestendig maken van wijken, kleinschalig wonen en bevorderen van het financieel scheiden van wonen en zorg om in te spelen op de diversiteit van woon- en zorgbehoeften.

In de verslagperiode is door de ministeries van VWS en WWI en de verschillende veldpartijen gewerkt aan de totstandkoming van een nieuw actieplan voor wonen, zorg en welzijn. Op 12 december 2007 is het actieplan met de titel "Beter (t)huis in de buurt" (TK 2007-2008, 31200 XVIII, nr. 48h) aan de Tweede Kamer aangeboden. Op 13 december 2007 is het actieplan op het congres naar aanleiding van het 5-jarig bestaan van het kenniscentrum wonen en zorg van Aedes en ActiZ gepresenteerd.

Doel van het actieplan is te bevorderen dat mensen met beperkingen zelfstandig in hun wijk kunnen (blijven) wonen, ondersteuning en zorg op maat thuis kunnen ontvangen en daardoor (langer) mee kunnen doen in de maatschappij.

In het actieplan wordt aangegeven wat het rijk doet om belemmeringen weg te nemen –bijvoorbeeld in wet- en regelgeving– en welke activiteiten het rijk samen met het veld oppakt om te stimuleren en faciliteren.

Daarnaast vindt onderzoek plaats naar het financieel scheiden van wonen en zorg. Daarbij wordt onderzocht of het breed invoeren van financieel scheiden van wonen en zorg kan

bijdragen aan het creëren van meer keuzemogelijkheden voor de burger. In dat onderzoek wordt tevens in kaart gebracht wat de gevolgen zijn voor de diverse partijen. Primair voor de burgers, maar ook voor zorginstellingen, corporaties en overheid. In het voorjaar komen de resultaten beschikbaar. De uitkomsten van het onderzoek zullen worden betrokken bij de standpuntbepaling op het SER-advies over de toekomst van de AWBZ.

In de verslagperiode is het CSO-project "Meer woningen voor ouderen" verder geïmplementeerd; afspraken zijn gemaakt over het continueren van het project in de komende periode, gericht op structurele inbedding. In dit project worden vrijwilligers tot lobbyisten opgeleid om lokaal aandacht te vragen voor de opgave rond wonen in zorg. Onderzoek is gestart naar de vraag hoe en onder welke randvoorwaarden wijkservicepunten kunnen bijdragen aan het zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen.

Naar aanleiding van signalen uit het veld is door WWI in samenwerking met VWS gekeken naar belemmerende regelgeving voor sommige pgb-wooninitiatieven. Bewoners van onzelfstandige woonruimte kunnen geen huurtoeslag krijgen, behalve indien het woongebouw is 'aangewezen' als woongebouw voor begeleid wonen. Tot dusver werd voor de aanwijzing onder meer als de eis gesteld dat de zorg geleverd wordt door erkende (geinstitutionaliseerde) zorgaanbieders. Evenwel wordt de zorg in een aantal pgb-wooninitiatieven geleverd door andere zorgaanbieders.

Door een wijziging van het Besluit op de huurtoeslag is per 1 januari 2008 geregeld dat aanwijzing als woongebouw voor begeleid wonen ook mogelijk is indien voldaan wordt aan de eis dat de huurders allen over een pgb in het kader van de AWBZ beschikken. Hiermee is een belemmering voor de totstandkoming van pgb-wooninitiatieven weggenomen.

Koppelverkoop bij scheiden van wonen en zorg

In het AO modernisering AWBZ van 11 december 2007 heeft u signalen afgegeven dat het in de praktijk regelmatig voorkomt dat zorgvragers via het ondertekenen van een huurcontract zich tevens committeren om de noodzakelijke zorg af te nemen bij een voorkeursaanbieder. U heeft mij om een reactie hierop gevraagd.

Het kabinet is en blijft van mening dat de klant in beginsel de vrijheid moet hebben om binnen een aangeboden scala van woon-, zorg- en welzijnsdiensten zelf zijn arrangement samen te stellen. Dat is wettelijk ook zo geregeld: artikel 10 van de AWBZ bepaalt dat de verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen, zich daartoe wendt tot een zorgaanbieder naar eigen keuze. Voorwaarde is wel dat de zorgverzekeraar waarbij men is ingeschreven tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten met die zorgaanbieder. Verblijfszorg wordt integraal aangeboden door de verblijfsinstelling. Kiest de verblijfsgeïndiceerde voor opname in de instelling dan kiest hij er tegelijkertijd voor om daar zowel verzorgd te worden als te wonen. Wonen en zorg zijn dan dus aan elkaar gekoppeld. Bij scheiden van wonen en zorg is dat niet zo. Men sluit een huurovereenkomst bij een verhuurder en kiest los daarvan een zorgaanbieder naar keuze. In een wooncomplex kunnen mensen dus kiezen voor verschillende zorgaanbieders. Ik vind dat een goede zaak.

Door het veld wordt erop gewezen dat sommige woonzorgvormen bij de exploitatie van het zorgdeel een zekere schaalomvang vereisen, bijvoorbeeld bij sommige typen 24-uurszorg als kleinschalig groepswonen voor dementerenden. Als cliënten naar zo'n type complex verhuizen zou de exploitatie van de 24-uurszorg problematisch zijn als iedere cliënt een andere zorgaanbieder heeft. In zulke gevallen komt het soms voor dat een woningstichting

ervoor kiest een integraal zorg- en dienstenpakket aan te bieden. Men zal dan afspraken maken met één zorgaanbieder die investeert in de organisatie van de oproepbare zorg en die tevens het permanent toezicht waarborgt. De vraag is allereerst of bepalingen in het huurcontract die de huurder verplichtingen opleggen om bij deze aanbieder de zorg af te nemen toelaatbaar zijn.

Veel jurisprudentie is er nog niet op dit gebied. De uitspraak in de Maasmond-zaak is tot nu toe de enige. In deze zaak ging het over de vraag of een beding in de samenwerkingsovereenkomst tussen woningcorporatie WSG en de Riethorst, dat leidt tot min of meer exclusieve zorgverlening door de Riethorst aan de huurders van woonzorgcomplex Mauritsstaete te Geertruidenberg strijdig is met het huurrecht en de Mededingingswet. De rechtbank te Breda heeft in november 2004 in een kort geding uitgesproken dat dit koppelbeding in strijd wordt geacht met de Mededingingswet, omdat dit beding de zorgmarkt voor andere zorgaanbieders beperkt. Woningcorporatie WSG is tegen de uitspraak in beroep gegaan. In het hoger beroep heeft het Gerechtshof in Den Bosch de corporatie in het gelijk gesteld. Het Hof vindt het niet aannemelijk dat de mededinging merkbaar wordt beperkt. Het woonzorgcomplex vormt maar een heel klein onderdeel van de relevante markt. Bovendien vindt het Hof het aannemelijk dat er objectieve rechtvaardigingen van het beding zijn. Het gaat dan onder andere om de totstandkoming van de belangrijke 24-uursalarmering. De Mededingingswet verbiedt voorts het misbruik van een economische machtspositie. Naar het oordeel van het Hof is hiervan in deze casus geen sprake. Het arrest betekent uiteraard niet dat het in alle situaties is toegestaan een zorgafname-verplichting overeen te komen. Een en ander zal afhangen van de omstandigheden van een specifiek geval.

Zoals aangegeven, ben ik van mening dat de verzekerde in beginsel zelf de vrijheid moet hebben om te kiezen welke instelling de geïndiceerde zorg gaat leveren. In de hierboven beschreven casus gold overigens dat indien klanten -die eerst hadden gekozen voor een integraal aanbod- later alsnog een andere aanbieder wilden, dat mogelijk was. Jurisprudentie rond koppelverkoop is nog in ontwikkeling. Afhankelijk daarvan en van de ontwikkelingen in de praktijk zal ik bezien of aanscherping van het beleid ter zake van de waarborging de keuzevrijheid gewenst is.

9. Tot slot

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

- tijdens een VAO Zorgzwaartefinanciering, 5 juli 2007 (vervolg AO 20 juni 2007).
- tijdens een algemeen overleg, 13 september 2007, over klantenstops AWBZ; gevolgd door een VAO klantenstops AWBZ, 27 september 2007.
- mondelinge vragen over PGB, 9 oktober 2007.
- tijdens een algemeen overleg, 11 oktober 2007, over de voortgang invoering integrale en transparante tarieven/bouwbeleid; gevolgd door een VAO kapitaallasten (transparante tarieven), 18 oktober 2007.
- tijdens een algemeen overleg, gehouden op 6 november 2007, over onder meer zorgzwaartefinanciering; ter voorbereiding hierop was op 30 oktober 2007 een technische briefing.
- tijdens een algemeen overleg, gehouden op 22 november 2007, over knelpunten AWBZ 2007 en contracteerruimte; ter voorbereiding hierop was 8 november 2007 een technische briefing over nacalculatie AWBZ n.a.v. rapport NZa.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

14

Kenmerk

DLZ/KZ-2829985

- tijdens een algemeen overleg, gehouden op 11 december 2007, over de dertiende voortgangsrapportage over het groot project Modernisering AWBZ.
- tijdens een algemeen overleg, gehouden op 19 december 2007, over de eigen bijdrage.

Een overzicht met brieven en rapporten betreffende de modernisering van de AWBZ, die in deze verslagperiode aan uw Kamer zijn gezonden, is als bijlage 3 bijgevoegd.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. dr. J. Bussemaker