

Vergaderjaar 2008–2009

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 37**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 november 2008

Tijdens de procedurevergadering van uw commissie van 25 juni jl. hebt u gesproken over het groot project modernisering AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en over uw voornemen om de status van «groot project» op te heffen. In uw brief van 27 juni jl. (08-VWS-B-042) verzoekt u mij om een evaluevaluatie van het groot project modernisering AWBZ. Aan dat verzoek voldoe ik graag en ik houd de volgende indeling aan:

1. inleiding
2. doelstellingen en activiteiten van het groot project modernisering AWBZ
3. persoonsgebonden bekostiging
4. de vrije toetreding van nieuwe aanbieders
5. de ontwikkeling van de Regionale Indicatieorganen
6. de (tijdelijke) plaats en positie van zorgkantoren
7. scheiden van wonen en zorg
8. AWBZ-brede zorgregistratie
9. zorgzwaartebekostiging
10. informatie over de projectorganisatie
11. tot slot

In deze evaluatie geef ik dus met name een terugblik op de afgelopen periode. Over de (ver)nieuw(d)e ambities ten aanzien van de langdurige zorg heeft het kabinet u geïnformeerd in het kabinetsstandpunt *Zeker van zorg, nu en straks*<sup>1</sup>.

**1. Inleiding**

Tijdens de looptijd van het project modernisering van de AWBZ is de ontschotting van de AWBZ gerealiseerd. Daarmee werd de zorg niet meer gericht op een beperkt aantal «doelgroepen». Er kwamen nieuwe groepen cliënten op de AWBZ-markt en alle functies kwamen voor iedereen beschikbaar. Een toenemend aantal mensen deed en doet meer en sneller aanspraak op AWBZ-zorg. De AWBZ dijde uit, ook met zaken waarbij je je

<sup>1</sup> Zeker van zorg, nu en straks, kabinetsstandpunt inzake de toekomst van de AWBZ n.a.v. het SER-advies (18 april 2008), 13 juni 2008, Tweede Kamer 2007–2008, 30 597, nr. 15.

kunt afvragen of die daar ook daadwerkelijk thuishoren. Daarnaast zijn de aanspraken te ruim geformuleerd wat ook weer een toenemend beroep op de AWBZ tot gevolg had, en waardoor de afbakening van de AWBZ diffuser werd. Kortom, er is in de loop der jaren een AWBZ-zorg ontstaan die niet langer onbetwistbaar en geloofwaardig is, èn een AWBZ waarvan de houdbaarheid onder druk kwam te staan. En dat terwijl de AWBZ-zorg juist voor de meest kwetsbare mensen in de samenleving van groot belang is.

Om de AWBZ voor de meest kwetsbaren te behouden, dient de AWBZ feitelijk weer teruggebracht te worden waarvoor deze aanvankelijk bedoeld was: langdurige, onverzekerbare zorg. Het door de jaren heen gegroeide onbedoeld gebruik moet daaruit gehaald worden. Deze ombuiging wil ik stapsgewijs en zeker niet overhaast uitvoeren. Dit vraagt allereerst om maatregelen die de toegang tot de AWBZ betreffen, zoals een goede definiëring en scherpe afbakening van de AWBZ en het opnieuw onder de loep nemen van de aanspraken, en waar nodig deze aan te passen of te schrappen. Een niet eenvoudige operatie die ook nog met de grootste zorgvuldigheid moet worden uitgevoerd, waarbij steeds bezien wordt wat de consequenties zijn voor verschillende groepen cliënten. Met de cliëntenorganisaties en de zorgaanbieders blijf ik hierover in gesprek, zodat ik uit eerste hand de gevolgen van de maatregelen kan volgen en waar nodig kan bijsturen.

Terugkijkend op de afgelopen jaren, is er ten aanzien van de modernisering van de AWBZ wel veel ontwikkeld, in gang gezet en gerealiseerd. Om een enkele voorbeelden te noemen:

- de totstandkoming van een AWBZ-brede pgb-regeling, het vereenvoudigen van de uitvoering, het beperken van de administratieve lasten voor pgb-houders, en er is een pilot opgezet om te experimenteren met een (individueel) participatiebudget.
- het wegnemen van drempels waardoor de toetreding van nieuwe zorgaanbieders, of waardoor huidige aanbieders hun zorgaanbod kunnen vergroten, vergemakkelijkt is.
- de realisering van de onafhankelijke en objectieve indicatiestelling, als basis van en toegangspoort tot de AWBZ, de inzet om de systematiek van de indicatiestelling te vereenvoudigen en dichter bij de cliënt te brengen.
- en de invoering van de zorgzwaartebekostiging, waarmee de financiering gebaseerd is op zorgbehoefte van cliënt en waarmee tegelijkertijd een fundament wordt gelegd voor de verdere ontwikkeling van cliëntgebonden financiering (naast het pgb).

Ik heb u over de voortgang van allerlei onderwerpen die de langdurige zorg betreffen geïnformeerd in diverse brieven en notities; niet alleen in het kader van de modernisering AWBZ, maar ook in het kader van het kwaliteitsbeleid zorginstellingen, beperking administratieve lasten en de wet cliëntenrechten, etc. Al deze verschillende trajecten vormen te samen een goede en stevige basis om de voornemens ten aanzien van de toekomst van de AWBZ, waarover u in juni bent geïnformeerd met het kabinetsstandpunt «*Zeker van zorg, nu en straks*», te kunnen realiseren.

## **2. Doelstellingen en activiteiten van het groot project modernisering AWBZ**

### *Doelstellingen van het groot project modernisering AWBZ*

De hoofd- en subdoelstellingen van het groot project zijn tijdens de looptijd van het groot project niet gewijzigd. De hoofddoelstelling is in de projectbeschrijving (2001) omschreven als: «de ombouw van de AWBZ

van een in essentie aanbodgestuurd systeem naar een in essentie vraaggestuurd systeem». Er zijn drie subdoelstellingen geformuleerd:

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

Als nevensdoelstelling is een meer doelmatige besteding van de beschikbare AWBZ-middelen gesteld.

Medio 2008 kan gesteld worden dat het AWBZ-systeem in essentie de omslag van aanbod- naar vraaggestuurd heeft gemaakt. De wensen van cliënten zijn meer dan voorheen uitgangspunt, waardoor ook vraag en aanbod van zorg beter op elkaar worden afgestemd. Door het persoonsgebonden budget (pgb) is de aanbiedersmarkt dynamischer geworden, hetgeen een positieve uitwerking heeft op de keuzemogelijkheden van de cliënt. Ook de ontwikkelingen rond scheiden van wonen en zorg en de invoering van het volledig pakket thuis vergroten de keuzemogelijkheden van de cliënt. Met het afschaffen van de contracteerverplichting voor extramurale AWBZ-zorg (2004) hebben de zorgkantoren meer mogelijkheden gekregen om zorg in te kopen op basis van de zorgvraag. Zorgaanbieders worden gestimuleerd om niet meer vanuit aanboddenken de zorg te leveren, maar juist de vraag van de cliënt te laten prefereren. De totstandkoming van de intramurale zorgzwaartebekostiging en de toepassing van zorgzwaartepakketten, waardoor de zorg bekostigd wordt op basis van de zorgzwaarte van de cliënt, hebben hierop ook een positieve invloed. De doelmatige besteding van AWBZ-gelden blijft hierbij van groot belang. Door de zorgplicht expliciet bij het zorgkantoor, en onder strikte voorwaarden mogelijk op termijn bij de zorgverzekeraar te leggen, wordt het verzekeringskarakter van de AWBZ hersteld. De beschikbare middelen dienen hiertoe te worden ingezet. Dit vraagt om sturing op de toegang van de AWBZ: een onafhankelijke en objectieve indicatiestelling. Met de omvorming van de Regionale Indicatieorganen (RIO's) naar het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) en het vaststellen van beleidsregels is hieraan voldaan.

#### *Informatie over verrichte activiteiten*

Bij de start van het groot project is een viertal deeltrajecten vastgesteld: 1) persoonsgebonden bekostiging; 2) versterken uitvoeringsstructuur; 3) juridische randvoorwaarden en 4) regionale koplopers, modeltrajecten en communicatie. Per deeltraject zijn activiteiten benoemd. Over de tussenstand per activiteit heb ik u regelmatig geïnformeerd door middel van overzichten, gevoegd bij de tiende en bij de twaalfde voortgangsrapportage van het groot project modernisering AWBZ.

Als bijlage bij deze evaluevaluatie treft u het overzicht, met de eindstand van zaken.<sup>1</sup> Daaruit blijkt dat medio 2008 alle activiteiten zijn afgehandeld met uitzondering van:

- 1.10: wettelijke verankering pgb in de vorm van aanspraken (en stopzetten aparte pgb-regeling). De motie-Van Miltenburg<sup>2</sup> ondersteunt deze omzetting. Hiernaar zal nader onderzoek worden gedaan, waarbij eveneens de budgettaire beheersbaarheid van de AWBZ in de overweging wordt betrokken.
- 2.C.5: uitvoeringsorganisatie AWBZ. In het najaar van 2008 zal de tijdelijke verlenging (tot en met 2011) van de concessies zorgkantoren gerealiseerd zijn. Dit kabinet zal deze periode gebruiken om besluitvorming over de definitieve uitvoeringsorganisatie AWBZ voor te bereiden.
- 3.8: eigendomsbeleid vastgoed. De komende jaren zal worden toege-

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

<sup>2</sup> Tweede Kamer 2007–2008, 26 631, nr. 243.

werkt dat instellingen volledig risicodragend zijn voor het vastgoed-beleid. Instellingen zijn dan eigenaar van de grond en gebouwen. Zoals gemeld in «*Zeker van zorg, nu en straks*», zal het bouwregime met ingang van 1 januari 2009 worden afgeschaft en zal in 2011 de introductie van integrale zorgpakketten plaatsvinden.

- 3.10: invoering zorgzwaartebekostiging. Met ingang van 1 januari 2009 zal de zorgzwaartebekostiging voor de intramurale zorg definitief worden ingevoerd; vanaf die datum merken zorgaanbieders ook de financiële gevolgen van deze financieringswijze. Inmiddels zijn ook de eerste stappen gezet om te komen tot zorgzwaartebekostiging voor extramurale zorg.
- 3.12: afschaffen contracteerplicht intramurale zorg. Met de tijdelijke verlenging van de concessies zorgkantoren, ligt het voor de hand dat ook de contracteerplicht vooralsnog in stand blijft. In ieder geval totdat de integrale zorgzwaartebekostiging in 2011 is geïntroduceerd.

Uiteraard zal ik u over de voortgang en uitkomsten van deze trajecten blijven informeren.

### **3. Persoonsgebonden bekostiging**

In het kader van het groot project modernisering AWBZ is er voor gekozen om het persoonsgebonden budget (pgb) klantvriendelijker te maken, de uitvoeringsstructuur pgb te vereenvoudigen waarbij tevens de administratieve lasten moesten worden teruggedrongen<sup>1</sup>.

#### *Vereenvoudiging regelgeving en uitvoeringsstructuur*

Een van de eerste maatregelen was om de vier verschillende pgb-regelingen te vervangen door één AWBZ-brede pgb-regeling met een minder complexe uitvoering. De verplichte centrale administratie bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) verviel. Budgethouders krijgen het pgb rechtstreeks op hun eigen bankrekening overgemaakt, waarmee zij vervolgens hun zorgverleners zelf kunnen betalen. Deze pgb-regeling-nieuwe-stijl werd op 1 april 2003 van kracht en bestreek de AWBZ-brede functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding, tijdelijk verblijf (logeeropvang) en vervoer (met medische indicatie in combinatie met ondersteunende en/of activerende begeleiding in dagdelen). Hiermee is een sterk vereenvoudigd pgb-systeem ontstaan.

Deze regeling gold vanaf 1 april 2003 voor nieuwe cliënten. Voor de cliënten die reeds gebruik maakten van een van de oude regelingen is besloten om hen aan het einde van de indicatieduur over te laten stappen op het pgb-nieuwe-stijl. De oude regelingen werden op 31 december 2005 in hun geheel beëindigd. De overgang naar het pgb-nieuwe-stijl is soepel verlopen. Ter vermijding van overgangsproblemen hebben budgethouders oude-stijl die in de nieuwe regeling instroomden, voor drie maanden een budgetgarantie ter hoogte van het oorspronkelijke bedrag gekregen. Er waren wel wat aanloopproblemen, die voornamelijk automatiseringsproblemen bij diverse zorgkantoren en de verwerking van indicatiebesluiten betroffen. De pgb-houders hebben hier weinig last van ondervonden.

Ter ondersteuning van de pgb-houders is het SVB Servicecentrum pgb (1 april 2003) opgezet. Voor budgethouders die volledig werkgever (als een zorgverlener op meer dan drie dagen per week voor de budgethouder werkt) zijn of met hun zorgverlener(s) een opting-in overeenkomst (zorgverlener werkt op drie dagen of minder dan drie dagen per week voor de budgethouder en heeft met de budgethouder afgesproken dat hij voor de inhouding en afdracht van loonheffing zorgt) hebben afgesloten, verzorgt het Servicecentrum desgewenst de salarisadministratie. Daarnaast zorgt

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer 2000–2001, 26 631/25 657, nr. 14.

de SVB voor alle budgethouders voor loondoorbetaling bij ziekte en ziekteverzuimbegeleiding, het telefonisch beantwoorden van vragen op het terrein van arbeidsrecht, het onderhouden en toezenden van modelzorgovereenkomsten en het uitvoeren van een WA-verzekering en een verzekering voor rechtsbijstand. Een toenemend aantal budgethouders maakt gebruik van de gratis diensten van het Servicecentrum. De laatste jaren zijn bemiddelingsbureaus van start gegaan om vooral nieuwe pgb-houders de weg te wijzen. Op zich een positieve trend, maar dit heeft ook vragen opgeroepen over de werkzaamheden die deze bureaus verrichten, de kwaliteit van dienstverlening en/of de vergoedingen die deze bureaus in rekening brengen bij de budgethouders. Per Saldo heeft een checklist opgesteld voor budgethouders om te weten te komen of een pgb advies- of bemiddelingsbureau de budgethouder kan ondersteunen op de manier zoals hij dat wil en de kwaliteit levert die van een bureau verwacht mag worden. Naar de activiteiten en kwaliteit van pgb-bemiddelingsbureaus loopt momenteel een aanvullend onderzoek.

Op verschillende fronten is aandacht besteed aan het terugdringen van de administratieve lasten. Met de afschaffing van de 10%-overheveling van pgb-budget van jaar op jaar (1 januari 2008) is niet alleen de budgettaire beheersbaarheid verbeterd maar is er bovenal een administratieve verlichting gekomen bij de uitvoerders van de pgb-regeling en ook bij de budgethouders die het ontvangen van aangepaste beschikkingen als een administratieve last beleven. Om de administratieve lasten bij budgethouders te verminderen hoeven pgb-houders met een budget tussen de € 2 500,- en de € 5 000,- nog maar één keer per jaar (in plaats van twee keer per jaar) verantwoording over de besteding van hun budget af te leggen. Voor pgb-houders met een budget boven de € 5 000,- is dit teruggebracht naar twee keer per jaar (voorheen vier keer per jaar). Daarnaast wordt er verder gewerkt aan digitalisering van processen, zodat budgethouders hun verantwoording ook digitaal kunnen indienen.

Een redelijk nieuw aspect in de vereenvoudiging is de ontwikkeling van het zogenaamde (individuele) participatiebudget. Samen met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is in februari 2007 een pilot gestart, waarbij de voorzieningen vanuit het pgb-AWBZ en de WIA (wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen) in één budget zijn gebundeld. Verder wordt onderzocht of er een pilot met een leerlinggebonden financiering cluster 2 en 3 komt. Het doel van de pilots is te onderzoeken of er verbetering optreedt in keuzemogelijkheden en kwaliteit van leven, vermindering in administratieve lasten en of de arbeidsparticipatie door een dergelijk budget wordt bevorderd. Ook wordt gekeken wat de invoering van het participatiebudget betekent voor de uitvoering en de betaalbaarheid ervan.

#### *Gebruik van pgb*

Om de kosten van de zorg te beheersen is voor het pgb-nieuwe-stijl met ingang van 1 januari 2005 een subsidieplafond ingesteld. Sinds de invoering van het persoonsgebonden budget is het aantal gebruikers van een pgb gestaag toegenomen (de laatste periode met name jeugd met psychiatrische problematiek), zonder dat de aanspraak op zorg in natura navenant afnam. Door het groeiend aantal pgb-houders is de afgelopen jaren het subsidieplafond jaarlijks overschreden. Om toch aan de vraag te kunnen voldoen, hebben zorgkantoren – vanwege de jaarlijkse onderuitputting op pgb-budgetten – aanvankelijk toestemming gekregen om tot 110 van het subsidieplafond budgetten toe te kennen. Later is het subsidieplafond diverse malen verhoogd. De hierboven genoemde overschrijdingen tonen aan dat voor cliënten het pgb een goed alternatief is voor zorg in natura, waarbij de vragen gerecht-

vaardigd zijn of het subsidieplafond niet kan worden opgehoogd of zelfs kan worden opgeheven, en of er gekeken moet worden naar het vastleggen van pgb als AWBZ-aanspraak. De door de Tweede Kamer aangenomen motie-Van Miltenburg<sup>1</sup> ondersteunt deze gedachte. De komende tijd zal worden onderzocht of en hoe deze wettelijke verankering te realiseren is en welke consequenties dat heeft, zowel voor de uitvoeringsstructuur als voor individuele pgb-houders.

Zowel bij het ophogen en opheffen van het subsidieplafond als bij het omvormen van de pgb-subsidieregeling in een AWBZ-aanspraak blijft het financiële kader van de AWBZ leidend.

Cliënten die een pgb voor huishoudelijke verzorging hadden, maken vanaf de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) op 1 januari 2007 geen aanspraak meer op huishoudelijke verzorging uit de AWBZ. Als overgangsmaatregel hield de budgethouder in 2007 nog recht op een pgb voor huishoudelijke verzorging op grond van de regels van het pgb-AWBZ tot het einde van de duur van het indicatiebesluit. Voor cliënten die zowel gebruik maken van de Wmo als van de AWBZ prevaleert de eigen bijdrage Wmo boven de eigen bijdrage pgb-AWBZ. De eigen bijdrage voor de Wmo wordt dus op de eigen bijdrage pgb-AWBZ in mindering gebracht.

Er zijn diverse pgb-evaluaties (door HHM<sup>2</sup> en ITS<sup>3</sup>) uitgevoerd. In deze evaluaties is ook gevraagd naar de ervaringen van cliënten. De eerste evaluatie vond na anderhalf jaar pgb-nieuwe-stijl plaats. Uit de evaluatie 2005–2006 blijkt dat cliënten tevreden zijn over de mogelijkheden die het pgb hen biedt. Deze evaluaties<sup>4</sup> zijn ook aan uw Kamer gezonden.

Geconcludeerd mag worden dat het persoonsgebonden budget een zorgvernieuwing (innovatie) is die al lange tijd stand houdt en voor cliënten, die in staat zijn om aan de verplichtingen te voldoen die het pgb met zich meebrengt, een prima alternatief is voor zorg in natura.

#### **4. De vrije toetreding van nieuwe aanbieders**

Tijdens de looptijd van het groot project modernisering AWBZ zijn diverse maatregelen genomen om mogelijke drempels waar potentiële zorgaanbieders tegenaan lopen te slechten en om het aantal zorgaanbieders te laten groeien.

Zo is in 2001 het toelatingsregime thuiszorg gewijzigd en de tijdelijke regeling «spreiding en behoefte thuiszorginstellingen» is ingetrokken; hiermee is de minimale norm van twee uur thuiszorg per jaar per gewogen thuiswonende voor de toelating komen te vervallen. Het expireren van die regeling heeft er destijds toe geleid dat 49 thuiszorginstellingen een toelating hebben gevraagd.

Met ingang van 1 april 2003 zijn de toelatingen op grond van de AWBZ gebaseerd op functies in plaats van instellingen<sup>5</sup>. Deze omzetting heeft bestaande zorgaanbieders gelegenheid gegeven om hun aanbodpakket uit te breiden en zich te richten op andere AWBZ-sectoren. Ook hebben nieuwe aanbieders met een gedifferentieerd pakket de AWBZ-markt betreden.

Sinds april 2003 is er de eerste jaren een toenemend aantal aanbieders, dat een verzoek tot toelating heeft ingediend, uit de thuiszorg, maatschappelijke opvang en dienstverlening. Een kleiner aantal toelatingen betreft de vrouwenhulpverlening, opvang van dak- en thuislozen en zorgboerderijen. De laatste tijd is er voornamelijk een groei vanuit de jeugdzorg.

Opvallend is dat veel toegelaten instellingen, die in een andere regio dan waar hun hoofdlocatie is gevestigd, zorg willen bieden, een nieuwe toelating vragen. Ook zijn er aanzienlijk veel aanvragen van verzorgingshuizen

<sup>1</sup> Tweede Kamer, 2007–2008, 30 597, nr. 22.

<sup>2</sup> Hoeksma, Homans & Menting.

<sup>3</sup> Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen.

<sup>4</sup> Tweede Kamer 2004–2005, 25 657, nr. 29;

Tweede Kamer 2005–2006, 26 631, nr. 153.

Tweede Kamer 2007–2008, 26 631, nr. 232.

<sup>5</sup> Tweede Kamer 2002–2003, 28 657, nrs. 40 en

1 en Tweede Kamer 2003–2004, 26 631, nr. 58.

die extra functies willen aanvragen, bijvoorbeeld om verpleeghuiszorg te mogen aanbieden.

De aanvragen die bouw betreffen zijn de laatste jaren grotendeels afkomstig van al eerder toegelaten instellingen. Een klein percentage (circa 2%) betreft nieuwe instellingen, veelal kleine specialistische instellingen zoals kinderdagcentra.

De nieuwe instellingen zorgen ervoor dat er meer productie is en meer keuzemogelijkheden zijn voor de cliënt. Wellicht biedt het afschaffen van het bouwregime (per 1 januari 2009) de mogelijkheid aanvragen van instellingen sneller te accorderen. Wel moet er rekening mee worden gehouden dat, ook zonder het bouwregime, de (ver)bouw van zorginstellingen, en ook het realiseren van locaties in de wijk, tijd kosten. In ieder geval vervalt er met het afschaffen van het bouwregime wel een stukje administratieve last.

## 5. De ontwikkeling van Regionale Indicatieorganen

Het verzoek aan VWS is expliciet in te gaan op de ontwikkeling van de Regionale Indicatieorganen (RIO's) en daarbij de motie-Van Vliet als uitgangspunt te hanteren. In de motie-Van Vliet c.s.<sup>1</sup> verzoekt de Tweede Kamer de regering de volgende ontwikkeling van de RIO's in gang te zetten:

1. het zorgindicatiebesluit aan te passen conform het gestelde in de aangenomen motie-Dankers c.s. en dus de RIO's te verplichten de indicatie voor enkelvoudige, kortdurende zorg over te laten aan huisartsen of ziekenhuizen.
2. de toepassing van het zogenaamde BIO-protocol<sup>2</sup> wettelijk voor te schrijven.
3. te onderzoeken of het neerleggen van het toezicht op het gebruik van het BIO-protocol, de opleiding en training van indicatiestellers en certificering bij de Inspectie voor gezondheidszorg en het verantwoordelijk maken van het College Toezicht Uitvoeringsorganisaties voor het toezicht op de door de RIO's verstrekte informatie over de gestelde indicaties en de interne bedrijfsvoering bijdraagt aan de totstandkoming van een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling en de Kamer hierover uiterlijk 1 juni 2001 te rapporteren.

*Ad 1. Het zorgindicatiebesluit aan te passen conform het gestelde in de aangenomen motie-Dankers c.s. en dus de RIO's te verplichten de indicatie voor enkelvoudige, kortdurende zorg over te laten aan huisartsen of ziekenhuizen.*

In antwoord op de motie is bij brief van 17 juli 2001<sup>3</sup> gesteld dat dit punt van de motie verwijst naar een reëel probleem, dat van doen heeft met klantgerichtheid en de soms te trage manier van afhandelen van indicaties voor kortdurende zorg, maar dat het achterliggende doel van de motie – een snelle en klantvriendelijke indicatiestelling – op een andere manier beter bereikt kan worden dan de RIO's te verplichten de indicatie voor enkelvoudige, kortdurende zorg over te laten aan huisartsen of ziekenhuizen.

Gegeven dit antwoord op de motie-Van Vliet heeft de Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (LVIO) in december 2001 een richtlijn naar de RIO's gezonden op basis waarvan de RIO's elke aanvraag voor zorg, ook als het om enkelvoudige zorg gaat, snel en zorgvuldig kunnen indiceren. In aansluiting hierop wordt in een tweede motie-Van Vliet gevraagd vóór 15 april 2002 een quick scan uit te voeren naar de implementatie van deze LVIO-richtlijn. De resultaten van de quick scan zijn positief en zijn in april 2002 naar de Tweede Kamer<sup>4</sup> gestuurd. In het najaar van 2002 werden de

<sup>1</sup> Tweede Kamer 2000–2001, 24 036/26 631, nr. 196, gewijzigd onder nr. 205.

<sup>2</sup> BIO, breed indicatie overleg.

<sup>3</sup> Tweede Kamer 2000–2001, 24 036/26 631, nr. 225.

<sup>4</sup> Niet dossierstuk 2001–2002, vws0200362.

resultaten van de richtlijn geëvalueerd en blijkt dat wanneer RIO's de richtlijn toepassen, dit leidt tot de beoogde situatie, i.e. een snelle en zorgvuldige afhandeling van aanvragen voor enkelvoudige en kortdurende zorg.

Snelle en zorgvuldige afhandeling van eenvoudig te verwerken indicatieaanvragen blijft van groot belang, voor cliënt en zorgaanbieder. Daarom worden in 2003 modeltrajecten gestart waarin wordt onderzocht wat de mogelijkheden zijn om bepaalde zorgvragen te standaardiseren, dat wil zeggen hiervoor snel (per direct) indicaties te verstrekken dan wel afspraken hierover te maken met zorgverleners. Met name wordt gedacht aan cliënten die na een operatie zijn ontslagen uit het ziekenhuis en cliënten met duidelijk omschreven enkelvoudige zorgvragen. De zesde voortgangsrapportage aan de Tweede Kamer<sup>1</sup> meldt vervolgens dat een aantal gestandaardiseerde indicaties op het terrein van V&V is beschreven waarover nader overleg met zorgaanbieders en indicatietellers 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.

In de loop van 2004 neemt het CIZ dit traject over. De inzet blijft om met een verhoudingsgewijs gering budget voor de indicatiestelling en een minimum aan bureaucratie en administratieve lasten voor derden een onafhankelijke en uniforme claimbeoordeling te realiseren van aanspraken op AWBZ-zorg.

Het CIZ heeft een plan van aanpak opgesteld om te komen tot mandaatafspraken met zorgaanbieders. In de eerste helft van 2005 is het CIZ gestart met het landelijk invoeren van 19 standaard indicatieprotocollen (SIP). Daarbij heeft het CIZ een toetsingsprocedure ontwikkeld om steekproefsgewijs vast te kunnen stellen of het SIP correct is toegepast. Ook zijn met ruim 800 zorgaanbieders en zorgaanmelders (ziekenhuis, lokaal loket) overeenkomsten gesloten die toegang geven tot de webapplicaties van deze SIP's.

In de eerste helft 2006 heeft het CIZ 21 SIP's ontwikkeld en met ruim 1100 aanbieders mandaatafspraken gemaakt. Deze protocollen stellen aanbieders en ziekenhuizen in staat een indicatieadvies op te stellen. De aanbieder kan de cliënt vervolgens onmiddellijk in zorg nemen. Het CIZ stelt het uiteindelijke indicatiebesluit vast. Hoewel partijen in het convenant er nog van uit gingen dat ten minste 30–50% van alle indicaties via een mandaat tot stand kan komen wordt medio 2006 duidelijk, ook al zouden alle aanvragen die daarvoor in aanmerking komen door aanbieders via een SIP worden ingediend, dat hoogstens circa 20% van de aanvragen via taakmandaat kunnen worden afgehandeld. Van die 20% is medio 2006 circa 12% bereikt.

Omdat het streefcijfer dat ultimo 2007 minimaal 30% op basis van taakmandaat kan worden geïndiceerd met de huidige SIP's niet haalbaar lijkt, onderzoekt het CIZ in 2006 of er meer mogelijkheden zijn om de (vormen van) taakmandatering uit te breiden. Ook beziet het CIZ of door middel van andere instrumenten niet al sneller en efficiënter wordt geïndiceerd. In dat verband is de door Van der Veen cs. ingediende motie<sup>2</sup> van belang, waarin de regering wordt verzocht om onderzoek te laten uitvoeren om te komen tot een eenvoudige en eenduidige indicatiestelling voor de AWBZ. In lijn met deze motie is het beleid van VWS er nu met name op gericht om overbodige bureaucratie in de indicatiestelling te bestrijden, de dienstverlening aan individuele cliënten te verbeteren en om het proces van indicatiestelling eenduidig in te richten en vergaand te vereenvoudigen. De Tweede Kamer is bij brief van 29 mei 2007<sup>3</sup>, respectievelijk 12 oktober 2007<sup>4</sup> bericht over de initiatieven die in dit verband zijn genomen. In dit kader zijn met name van belang de pilots «indicatiestelling door huis-

<sup>1</sup> Tweede Kamer 2003–2004, 26 631, nr. 74.

<sup>2</sup> Tweede Kamer 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 73.

<sup>3</sup> Tweede Kamer 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 145.

<sup>4</sup> Tweede Kamer 2007–2008, 26 631, nr. 227.



artsen», «gedetacheerd werken in gezondheidscentra», en «flexibilisering van de werkprocessen bij het CIZ».

Over de uitkomsten van deze pilots heb ik u uitvoerig in mijn brief van 7 juli 2008<sup>1</sup> geïnformeerd, waarnaar ik u kortheidshalve verwijs. De verdere vereenvoudiging van de indicatiestelling en de eenduidige inrichting van de indicatiestelling blijft de komende jaren speerpunt van mijn beleid. Zo wil ik, gezamenlijk met het CIZ, komen tot meer mogelijkheden om de indicatiestelling op lokaal niveau en dicht bij de cliënt, bijvoorbeeld in gezondheidscentra of door huisartsen, uit te breiden en een verdergaande samenwerking met ketenpartners te ontwikkelen. Ook wil ik bezien of indicatiebesluiten, met een maximale termijn van 5 jaar, door middel van de ontwikkeling van risico- en cliëntprofielen gekoppeld kunnen worden aan een cliëntprofiel.

*2. De toepassing van het zogenaamde BIO-protocol wettelijk voor te schrijven.*

In antwoord op dit tweede punt van de motie is bij brief van 17 juli 2001 geantwoord dat een nieuw op functies gericht indicatieprotocol in het najaar 2001 gereed komt. Het nieuwe indicatieprotocol en de bijbehorende formulierenset voor de functiegerichte indicatiestelling door de RIO's is uiteindelijk eind 2002 gereedgekomen.

Het streven de RIO's middels aanpassing van het Zorgindicatiebesluit te verplichten het protocol te gebruiken heeft er uiteindelijk toe geleid, na de start van het CIZ als orgaan dat landelijk de indicatiestelling AWBZ uitvoert, dat vanaf 2007 het CIZ indiceert conform de beleidsregels indicatiestelling AWBZ, door VWS vastgesteld op basis van artikel 11 van het Zorgindicatiebesluit.

*3. Te onderzoeken of het neerleggen van het toezicht op het gebruik van het BIO-protocol, de opleiding en training van indicatiestellers en certificering bij de Inspectie voor gezondheidszorg en het verantwoordelijk maken van het College Toezicht Uitvoeringsorganisaties voor het toezicht op de door de RIO's verstrekte informatie over de gestelde indicaties en de interne bedrijfsvoering bijdraagt aan de totstandkoming van een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling en de Kamer hierover uiterlijk 1 juni 2001 te rapporteren.*

In antwoord op dit derde punt van de motie is bij brief van 17 juli 2001 aangegeven dat het toezicht op de RIO's langs drie lijnen in onderlinge samenhang gestalte zal krijgen.

De eerste lijn betreft de zorginhoudelijke aspecten van de indicatiestelling. De Inspectie Gezondheidszorg zou daarvoor een toezichtmodel ontwikkelen dat geënt was op de voorgenomen functiegerichte indicatiestelling door de RIO's per 2003. Vervolgens besloot de minister van VWS in 2004 dat de Inspectie Gezondheidszorg geen toezichtstaak heeft in de richting van de RIO's.

De tweede lijn betreft het toezicht op het leveren van de juiste informatie aan onder andere de zorgkantoren. De zorgkantoren zijn in hun regio verantwoordelijk voor de zorgregistratie en hebben op grond van artikel 56 AWBZ ook de nodige bevoegdheden om van de RIO's de juiste informatie te ontvangen.

De derde lijn betrof het toezicht van de gemeenten op het functioneren van de RIO's. Hiervoor werd voorgesteld te regelen dat bij of krachtens de AWBZ de indicatieorganen openbaar verantwoording zouden afleggen over hun functioneren en hun resultaten. Een verplichte verklaring van een accountant zou bijdragen aan de zekerheid van de informatie in deze verantwoording die een basis zou vormen voor gemeenten om hun taak waar te maken.

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer 2007–2008, 26 631, nr. 268.

Deze voorstellen zijn vervolgens ingehaald door de resultaten van het interdepartementaal beleidsonderzoek «Verzorgde toegang» en de voorstellen van het daarop ingestelde College Evaluatie Implementatie Indicatiebeleid, die in 2005 tot de start van het CIZ leidde.

In dit verband is van belang hetgeen is opgenomen in de brief aan de Tweede Kamer van 7 juli 2008 inzake de voorstellen ter vereenvoudiging van de indicatiestelling: «De SER heeft in zijn advies over de toekomst van de AWBZ een belangrijke rol toegekend aan de indicatiestelling en geadviseerd het CIZ als indicatieorgaan van een stevige wettelijke en publieke verankering te voorzien. In het verlengde daarvan heb ik u namens het kabinet in mijn brief van 13 juni 2008<sup>1</sup> laten weten dit advies van de SER te onderschrijven. Zoals gezegd, hecht ik aan een indicatiestelling in de AWBZ die onafhankelijk, integraal en objectief is. Tegelijkertijd wil ik de indicatiestelling AWBZ eenvoudiger, simpeler en slimmer vormgeven. Het kabinetsstandpunt inzake de juridische positie van het CIZ wordt niet gedekt door het wetsvoorstel<sup>2</sup> zoals dat bij uw Kamer voorligt en waarvan de behandeling op mijn verzoek is aangehouden<sup>3</sup>. Daarin wordt beoogd het CIZ als een tijdelijk privaatrechtelijk ZBO te positioneren. Dit wetsvoorstel zal worden ingetrokken en ik zal bij de Kamer een nieuw wetsvoorstel indienen waarin het CIZ als indicatieorgaan een publieke verankering krijgt».

## **6. De (tijdelijke) plaats en positie van zorgkantoren**

Het vorige kabinet heeft in de brief van 9 juni 2006<sup>4</sup> aangegeven de taken van de zorgkantoren na 2009 te willen onderbrengen bij individuele verzekeraars. Achtergrond van deze stap was dat aldus een directe klantrelatie met de eigen zorgverzekeraar ontstaat en dat de aansluiting tussen cure en care (ketenzorg) beter mogelijk wordt.

In het kabinetsstandpunt over de toekomst van de AWBZ staan de maatregelen genoemd die erop gericht zijn de huidige aanpak in de AWBZ om te bouwen naar een wijze van uitvoering, waarbij niet de zorginstelling maar de cliënt centraal komt te staan. De uitvoerders van de AWBZ hebben een belangrijke rol bij het uitvoeren van dit ambitieuze programma. Hierom wil ik de aanwijzing van de zorgkantoren voor de korte termijn voor drie jaar verlengen met daaraan scherpe, op resultaten gerichte voorwaarden<sup>5</sup>. Daarmee geef ik tevens invulling aan de publieke veranderagenda die de SER voorstelt. Aan de hand van de ervaringen bij de invoering van de maatregelen wil het kabinet tijdig bezien of aan de voorwaarden is voldaan om een verandering in de uitvoering door te voeren. Het voorstellen is om dit in 2011 te doen. Bij de voorbereiding en de besluitvorming omtrent deze uitvoeringswijziging zal het advies van de SER om (delen van) de AWBZ door zorgverzekeraars te laten uitvoeren vertrekpunt zijn.

## **7. Scheiden van wonen en zorg**

Het scheiden van wonen en zorg maakt geen onderdeel uit van het groot project modernisering AWBZ en ook niet van de projectorganisatie. Op verzoek van de Vaste Commissie is in de voortgangsrapportages groot project modernisering AWBZ wel altijd gerapporteerd over de diverse activiteiten op het terrein van scheiden van wonen en zorg. Deze activiteiten kenden vanaf het jaar 2004 als kader het «Actieplan 2004–2007: Investeren voor de toekomst» van 5 juli 2004<sup>6</sup>.

Omdat het scheiden van wonen en zorg geen deel uitmaakte van het project modernisering AWBZ, maakt het ook geen onderdeel uit van deze eindexamen. Wel bestaat er een driejaarlijkse monitor wonen en zorg in

<sup>1</sup> Tweede Kamer 2007–2008, 30 597, nr. 15.

<sup>2</sup> Tweede Kamer 2006–2007, 30 926, nrs.

1 t/m 5.

<sup>3</sup> Tweede Kamer 2006–2007, 30 926, nr. 6.

<sup>4</sup> Tweede Kamer 2005–2006, 30 597, nr. 1.

<sup>5</sup> In mijn brief van 3 oktober 2008 (Tweede Kamer, 2007–2008, 30 597, nr. 31) heb ik u geïnformeerd over de stand van zaken rond de concessieverlening aan de zorgkantoren.

<sup>6</sup> Tweede Kamer 2003–2004, 26 631, nr. 99.

het kader van het Actieplan, dat is gebaseerd op het zogenaamde WoON-onderzoek. Bij brief van 12 december 2007 is aan de Tweede Kamer het nieuwe «Actieplan Beter (t)huis in de buurt»<sup>1</sup> gestuurd waarbij de monitor als bijlage is bijgevoegd. Specifiek met betrekking tot de Woonzorgstimuleringsregeling heeft bureau RIGO in 2007 een evaluatie uitgevoerd. Verder bevat de jaarlijkse verantwoording van de ministeries van Wonen, Wijken en Integratie (WWI) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) informatie over de voortgang op het terrein van wonen en zorg. Rond het beleid en de voortgang rond het financieel scheiden van wonen en zorg is de Tweede Kamer laatstelijk in het kabinetsstandpunt «Zeker van zorg, nu en straks» van 13 juni 2008 geïnformeerd. Begin 2009 zal ik u nader informeren over de voortgang rond het financieel scheiden van wonen en zorg, de uitkomsten van een aantal onderzoeken en verder te nemen stappen.

## 8. AWBZ brede zorgregistratie

Ongeveer vijf jaar geleden is een eerste versie van de AWBZ brede zorgregistratie (AZR) in gebruik genomen. Dat liep parallel aan de invoering van het functiegericht indiceren door de toenmalige regionale indicatieorganen. In de loop van 2003 en 2004 zijn geleidelijk alle ketenpartners op de AZR aangesloten. Deze eerste versie van de AZR bevatte nog veel kinderziektes.

In de jaren 2005 en 2006 zijn deze kinderziektes overwonnen en werd de AZR een systematiek ter ondersteuning van de indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorglevering en wachtlijsten. Het berichtenverkeer verliep toen in functies en klassen.

In 2006 en 2007 is een nieuwe, verbeterde, versie van de AZR ontwikkeld, die tevens geschikt is gemaakt voor het verwerken van zorgzwaartepakketten. Deze release 2.1 is in juli 2007 in gebruik genomen.

De inhoudelijke kwaliteit van de AZR is nog niet optimaal. Met name het tijdig melden van «in zorg nemen» is een punt van aandacht. Een deel van de indicaties blijft nog te lang «open» staan, waardoor het aantal wachtenden hoger wordt voorgesteld dan het in werkelijkheid is. Dit is een ongewenste situatie. Momenteel overleg ik met zorgkantoren om te komen tot landelijke afspraken over definiëring en uniform registreren in de AZR teneinde de betrouwbaarheid van de (problematische) wachtlijst te verbeteren. Enerzijds door het aanscherpen van de definitie, anderzijds door het meer uniform registreren in de AZR. Het uiteindelijke doel is om de komende jaren betrouwbare gegevens over het aantal en de soort cliënten dat wacht op zorg, als het ware met één druk op de knop, te genereren uit de AZR.

De betrouwbaarheid van de gegevens in de AZR is gestaag toegenomen. Enerzijds is dit een gevolg van de wettelijke verplichting voor zorgaanbieders om te voldoen aan de standaarden voor de AZR; ook het gebruiken van de AZR voor het heffen van de intramurale eigen bijdrage heeft een positief effect gehad.

Bijgaande brochure geeft een goede indruk van wat «vijf jaar sleutelen aan de AZR» (bijlage 2) heeft opgeleverd.<sup>2</sup> Er zitten casussen uit de praktijk in, die mijns inziens overtuigend zijn voor de meerwaarde van de AZR. Met deze brochure wil ik de negatieve beeldvorming over de AZR doorbreken.

Vrijwel alle gebruikers van de AZR pleiten ervoor de toepassingsmogelijkheden van de AZR te vergroten. Daar ga ik de komende jaren aan werken.

In 2008 en 2009 blijft de kwaliteit van de AZR hoog op de agenda staan. Tevens wordt een verbeterde versie (release 2.2) van de AZR in gebruik

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer 2007–2008, 31 200 XVIII, nr. 48h.

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

genomen op 1 april 2009. Gelijktijdig wordt release 3.0 van de AZR voorbereid, die geschikt zal zijn om de geleverde zorg te declareren. Hiermee wordt een koppeling gelegd tussen de AZR en het bekostigen van zorg. Deze release 3.0 moet tegen het einde van 2009 in gebruik genomen worden.

U wordt regelmatig geïnformeerd over de ontwikkelingen op het terrein van de zorgzwaartefinanciering. In die context rapporteer ik u voortaan over de AZR.

In het kader van de toekomst van de AWBZ wordt nagedacht over de wijze waarop de AWBZ uitgevoerd gaat worden. De zorgkantoren zullen op termijn verdwijnen. Dat heeft gevolgen voor de inrichting van de AZR. Samen met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) wordt onderzocht hoe de AZR toekomstbestendig kan worden gemaakt. Daarbij worden de ketenpartners en brancheorganisaties intensief betrokken.

## 9. Zorgzwaartebekostiging

Belangrijke doelstellingen in de modernisering AWBZ waren het centraal stellen van de cliënt en een omslag maken van aanbod- naar vraagsturing. Een belangrijk onderdeel hiervan is dan ook het niet langer bekostigen van bedden (het aanbod) maar het bekostigen van de cliënten in zorg (geoperationaliseerde vraag). Hierin zijn belangrijke stappen gemaakt. In de extramurale zorg maar zeer zeker ook in de intramurale zorg.

In 2003 is de overstap gemaakt naar het functiegericht indiceren. In die periode is ook gestart met het ontwikkelen van een bekostiging in zorgzwaarte voor de intramurale zorg. Het oorspronkelijke plan hiertoe heb ik aan u gepresenteerd op 29 augustus 2003<sup>1</sup>. Voortschrijdend inzicht en gesprekken met het veld en de Tweede Kamer heeft ons van functies en klassen gebracht tot het indiceren, leveren en binnenkort ook bekostigen van zorgzwaartepakketten in de intramurale zorg. Belangrijke momenten waren hierbij de brieven van 23 november 2004<sup>2</sup> en van 29 september 2005<sup>3</sup> waarin aangegeven is dat voor de intramurale zorg gekozen is om te werken met zorgzwaartepakketten en de brief van 2 november 2005<sup>4</sup> waarin deze omslag verder uitgelijnd is. De zorgzwaartepakketten erkennen de gedifferentieerde vraag maar houden ook oog voor de cliëntgroepen in de AWBZ.

Na een ontwikkeltraject met meerdere testrondes, uitgevoerd door aanbieders en indicatiestellers, rapportages aan de Tweede Kamer en ook debat met de Tweede Kamer, is op 1 juli 2007 gestart met het indiceren in zorgzwaartepakketten. Cliënten zijn en worden over de pakketten geïnformeerd middels de cliëntgidsen en een uitgebreide uitleg over het pakket bij hun indicatie.

In november 2007 hadden instellingen al hun cliënten ingedeeld in een zorgzwaartepakket. Hierbij zijn zij ondersteund met een programma dat ontwikkeld is door het CIZ. Het CIZ heeft vervolgens de opgave getoetst. Vanaf 1 januari 2008 wordt bij de inkoop al gesproken door aanbieders en zorgkantoren over zorgmingsen in zorgzwaartepakketten. In 2008 worden de pakketten nog niet bekostigd. Zorgvuldigheid staat in het invoeringstraject voorop.

Vanaf januari 2009 krijgen zorginstellingen dan ook voor het eerst te maken met de financiële gevolgen van de invoering van zorgzwaartebekostiging. Dit zal geleidelijk gaan, om de continuïteit van de instellingen dan wel de zorgverlening aan cliënten te waarborgen.

Op 5 augustus 2008 heb ik in een brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangegeven hoe de invoering van de zorgzwaartebekostiging stapsgewijs in de komende jaren zal plaatsvinden. Een afschrift van die brief

<sup>1</sup> Tweede Kamer 2002–2003, 26 631, nr. 55.

<sup>2</sup> Tweede Kamer 2004–2005, 26 631, nr. 117.

<sup>3</sup> Tweede Kamer 2005–2006, 26 631, nr. 147.

<sup>4</sup> Tweede Kamer 2005–2006, 26 631, nr. 152.

heb ik ook aan de Tweede Kamer gestuurd<sup>1</sup>. Ik zal u in de toekomst regelmatig over de voortgang informeren, net als dat ik dat in de afgelopen jaren steeds heb gedaan.

De invoering van de zorgzwaartebekostiging geschiedt binnen de geldende uitvoeringsstructuur van de AWBZ met onder andere een regionaal budget, contracteerplicht voor de intramurale zorg en met een zorgplicht voor het zorgkantoor.

Ook na beëindiging van het groot project modernisering AWBZ zal over de voortgang van de invoering van de zorgzwaartebekostiging nog regelmatig overleg met de Tweede Kamer plaatsvinden.

## **10. Informatie over de projectorganisatie**

### *De kosten van het groot project*

De periode waarin het groot project modernisering AWBZ uitvoering heeft gekregen is in twee fases te onderscheiden.

De eerste vier jaren van het groot project (2001 t/m 2004) was er een aparte projectgroep. In die periode was er ook een aparte projectbegroting (zie bijlage 3).<sup>2</sup> Op de projectbegroting rustten voornamelijk de uitvoeringskosten van het project. Hieruit zijn onder andere onderzoeken gefinancierd, voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd, is externe expertise ingehuurd, en zijn de personeelskosten betaald<sup>3</sup>. In deze eerste jaren zijn er diverse initiatieven uitgewerkt en ontwikkeld. Dit was mede mogelijk omdat het project op «afstand» was geplaatst van het reguliere beleid. In 2003–2004 werd gesignaleerd dat er een fase was aangebroken waarbij een nauwere aansluiting bij het beleid voor de verdere uitvoering en de implementatie in of aanpassing van het reguliere beleid noodzakelijk was. Ook de ontschotting in de AWBZ vroeg om een nadere bezinning op de structuur. Daarom heeft VWS ervoor gekozen om de werkzaamheden in het kader van het groot project modernisering AWBZ en het personeel onder te brengen bij beleidsdirecties. Als gevolg hiervan zijn de kosten verbonden aan de uitvoering van de AWBZ ingebed in de begrotingen van de VWS beleidsdirecties die zich bezig houden met beleidsontwikkeling op dat brede terrein.

Bijkomende voordelen hiervan waren dat er bij pieken in de werkzaamheden gebruik kon worden gemaakt van extra menskracht en dat er bij uitputting van middelen «gemakkelijker» met budgetten kon worden geschoven.

### *De projectplanning en projectraming*

In de verschillende voortgangsrapportages is inzicht gegeven in de tijdplanning van de activiteiten. Niet alle activiteiten zijn conform de planning uitgevoerd. De redenen hiervoor waren divers: wijziging van visie tijdens het traject, oplossen van praktische problemen, veldpartijen klaar maken voor – soms ingrijpende – wijzigingen, etc. Als voorbeelden kunnen worden genoemd de ombouw van de functiegerichte bekostiging naar de zorgzwaartebekostiging, maar ook de aanpassingen van de AZR aan de ontwikkelingen in de keten.

De werkzaamheden die in het kader van het groot project werden uitgevoerd, konden worden gefinancierd uit het beschikbare budget, zowel uit de projectbegrotingen (2001–2004) als uit de begrotingen van de beleidsdirecties (2005 tot heden).

### *Beheersing van risico's en de (financiële) gevolgen van de risico's tijdens het project*

In geen enkel project verloopt alles zoals aan het begin van het project bedacht was. Sterker nog, dit zijn processen die voor een deel werken-

<sup>1</sup> Tweede Kamer 2007–2008, 26 631, nr. 272.

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

<sup>3</sup> De AWBZ-kosten van bijvoorbeeld instellingen, pgb-regeling, indicatieorganen en zorgkantoren kwamen ten laste van de begrotingen van de beleidsdirecties.

derweg moeten worden vormgegeven. Een beperkte groei van het financiële kader, een groeiende groep zorgvragers, veranderingen in visie, verzoeken vanuit de politiek, hobbels op de weg, voortschrijdend inzicht zijn ook bij de modernisering AWBZ voorgekomen. Dat vraagt om adequaat inspringen op de problemen, wijzigingen en afwijkingen, zodat er geen al te grote nadelige effecten waren op delen van de modernisering AWBZ of op de voortgang van het project. Het betreft niet alleen wijzigingen die financiële gevolgen, maar ook beleidsinhoudelijke consequenties hebben. Ik noem er een paar.

Door de grote toename van pgb-gebruikers is in de afgelopen jaren al vroeg in het jaar het subsidieplafond bereikt. Diverse keren is er meer geld beschikbaar gesteld waardoor het plafond opgehoogd werd, en is aan zorgkantoren toestemming gegeven om tot 110 van de totale pgb-mid-delen aan cliënten toe te kennen.

Een ander voorbeeld is de ontwikkeling die de AWBZ-bekostiging heeft doorgemaakt. Waren er eerst ideeën om te komen tot functiegerichte bekostiging, later werd deze via de intramurale zorgarrangementen omgebogen tot de zorgzwaartebekostiging. Een financieringsvorm waarmee de zorgbehoefte van de cliënt uitgangspunt werd, en die als opstap kan dienen naar meer of verder doorgevoerde vormen van cliëntgebonden financiering. Hiermee wordt een eerste stap gezet naar een systeem waarin de cliënt echt centraal komt te staan.

De invoering van de zorgzwaartebekostiging stond niet op zich, maar had ook gevolgen voor bijvoorbeeld de indicatiestelling en de AZR. Ten aanzien van de indicatiestelling moesten onder andere systemen worden aangepast, evenals formuleringen op het indicatiebesluit, en cliënten worden geïnformeerd. Een arbeidsintensief traject dat met de invoering van de indicatiestelling in termen van zorgzwaartepakketten geslaagd is. Een vergelijkbaar traject gold ook voor de AZR: in de verschillende releases zijn de wijzigingen in het AWBZ-(bekostigings)beleid terug te vinden en er trad vertraging op bij de landelijke invoering. Om hierin een kentering aan te brengen zijn in het voorjaar alle ketenpartners geïnformeerd over de invoering van release 3 van de AZR, waarin – naast verbeteringen – ook de zorgzwaartepakketten in het intramurale berichten-verkeer worden opgenomen, evenals het declaratiebericht voor zowel de intramuraal als extramuraal geleverde zorg.

#### *Wijze van functioneren van projectorganisatie*

De eerste vier jaren was er een aparte projectorganisatie modernisering AWBZ, bestaande uit een projectdirecteur en enkele projectmedewerkers die elk verantwoordelijk waren voor een deeltraject. De projectdirecteur was verantwoordelijk voor de coördinatie van de verschillende deeltrajecten.

Bij de opzet van de projectorganisatie is zowel binnen VWS als met veldpartijen een vaste overlegstructuur opgezet. Binnen VWS was dit de Stuurgroep AWBZ waarin alle AWBZ-directies deelnamen. Doel was afstemming tussen de diverse directies, die zich met deeltrajecten (en activiteiten) van de AWBZ bezighielden. Voor overleg met de veldpartijen was een klankbordgroep in het leven geroepen. Voor de planning en control van de invoering van maatregelen was er een platform<sup>1</sup> opgericht, en er was een implementatieoverleg met betrokken veldpartijen<sup>2</sup>.

Onderdeel van de modernisering van de AWBZ is de ontschotting van de AWBZ. Niet meer de zorg richten op en beperken tot de diverse «doelgroepen», maar AWBZ-breed zorgen voor een goede systematiek. Deze tendens in de AWBZ en het feit dat er een periode aanbrak van een sterkere relatie met het reguliere beleid was aanleiding om de bestaande projectstructuur te herzien. De modernisering AWBZ werd ingebed in beleidsdirecties, waarbij directeuren verantwoordelijk werden voor onder-

<sup>1</sup> Participanten platform planning en control: VWS, ZN (Zorgverzekeraars Nederland), CVZ, LVIO, LZA (landelijke zorgafhankelijken) en LCIG (Landelijk Centrum Indiciestelling voor de Gehandicaptenzorg).

<sup>2</sup> Participanten implementatieoverleg: ZN, CVZ, ActiZ (toen nog Arcares en LVT (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg)), GGZ-NL (Geestelijke gezondheidszorg), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Ctg (College Tarieven Gezondheidszorg), Cbz (College Bouw Zorginstellingen), Somma (Landelijke vereniging van instellingen voor hulp- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap; thans: MEE) en NPCF (Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie).

delen gerelateerd aan de modernisering AWBZ. En wel AWBZ-breed en niet beperkt tot het eigen beleidsterrein. Deze structuurwijziging moest ook de continuïteit van het moderniseringsproject waarborgen. Daarom zijn de projectmedewerkers overgegaan naar de beleidsdirecties waar zij verantwoordelijk werden voor de dagelijkse uitvoering. De reeds geformeerde overlegcircuits bleven bestaan; onder andere een regulier overleg met cliëntenorganisaties over de positie van en gevolgen voor cliënten bij alle ontwikkelingen rond de modernisering AWBZ.

#### **11. Tot slot**

De vraag of de status van «groot project» van de modernisering AWBZ nog gerechtvaardigd is, kan ik alleen maar negatief beantwoorden. Zowel procesmatig als inhoudelijk is de omslag van aanbod- naar vraagsturing gemaakt en zijn de subdoelstellingen grotendeels bereikt. Ik ben van mening dat er in de modernisering AWBZ grote slagen zijn gemaakt en dat veel is gerealiseerd. Maar daarmee stopt het niet. De behaalde resultaten zullen worden voortgezet en/of verder worden uitgebreid en de onderwerpen van het groot project modernisering AWBZ die nog niet zijn afgerond worden in de voornemens over de toekomst van de AWBZ, zoals verwoord in het kabinetsstandpunt «*Zeker van zorg, nu en straks*», opgenomen. Over de ontwikkelingen betreffende de toekomst van de AWBZ zal ik u schriftelijk blijven informeren en ik hoop ook geregeld met u in de Kamer van gedachten te kunnen wisselen.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. Bussemaker