

**Besturing ggz en herstel  
samenhang drieluik  
WZV - AWBZ - WTG**

Utrecht, september 1998  
Kenmerk: rand/fpl/akg/982764  
Frans van de Pol

1. INLEIDING .....	3
2. DE ONTWIKKELINGEN .....	5
3. BESTURING GGZ .....	7
3.1 Zorgaanbieders .....	7
3.2 Zorgverzekeraars .....	8
3.3 Cliëntenorganisaties .....	8
3.4 Rijksoverheid .....	9
3.5 Lagere overheden .....	9
3.6 Verantwoordingsstructuur .....	10
3.6.1 Verantwoording sector .....	10
3.6.2 Verantwoording instelling .....	10
3.6.3 Zorgkantoor .....	13
4. SAMENHANG BESTURINGSWETGEVING WZV- AWBZ - WTG EN JOZ .....	15
4.1 AWBZ .....	15
4.2 Jaaroverzicht Zorg .....	17
4.3 WZV .....	18
4.4 WTG .....	18

## 1. INLEIDING

Op 30 juni jl. heeft het bureau van GGZ Nederland een mini-conferentie georganiseerd met als thema het besturingsconcept ggz<sup>1</sup>. Hierbij waren uitgenodigd Zorgverzekeraars Nederland, COTG, Ziekenfondsraad, CvZ, VWS (GVM), Cliëntenbond en LPR. Tijdens deze conferentie is gesproken over de ontwikkelingen binnen de ggz en de wijze waarop de wet- en regelgeving hier het best op zou kunnen aansluiten. Inzet hierbij is het zoeken naar mogelijkheden binnen het bestaande wettelijk kader. Met deze pragmatische aanpak kunnen de gewenste aanpassingen op korte termijn (dat wil zeggen binnen 2 jaar) worden gerealiseerd.

Aanpassingen in de wet- en regelgeving zijn noodzakelijk aangezien deze niet langer meer aansluit bij de praktijk van alledag. In de discussie over de zorgvernieuwingstregio's is dit al eerder geconstateerd.

Bovendien zien we een intensivering van de discussie over het gewenste besturingsstelsel voor (onder andere) de ggz. Het gaat hierbij niet alleen om meer principiële benaderingen zoals die blijken uit de adviezen van de RvZ, maar ook om de uitvoeringstoetsen over de planningsnormen en het zorgkantoor.

In deze nota presenteren we een voorstel waarin op basis van een schets van het besturingsmodel een aantal noodzakelijke aanpassingen in de wet- en regelgeving van AWBZ - WTG - WZV worden bepleit. Belangrijk aandachtspunt hierbij is de samenhang binnen het drieluik WZV - AWBZ - WTG. Hierbij wordt ook het JOZ als financiële basis van het drieluik betrokken. De noodzakelijke samenhang tussen deze vier wettelijk besturingsinstrumenten dreigt volgens onze waarneming wat uit het oog verloren te raken, hetgeen een optimale zorgsturing in de weg komt te staan.

Bij de ontwikkeling van dit voorstel zijn de bevindingen van de mini-conferentie een belangrijke leidraad geweest. Een van die bevindingen is dat alle partijen nog voldoende ruimte zien voor aanpassingen van de regelgeving binnen het bestaande wettelijke kader. Een discussie over een knip in de ggz kan daarmee worden opgeschort. We volstaan hier verder met een verwijzing naar onze reactie op het RvZ-advies "GGZ in de 21 e eeuw" waarin we pleiten voor stabiel beleid.

Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- een korte schets van de ontwikkelingen (hoofdstuk 2);
- een schets van het voor de ggz optimale besturingsmodel (hoofdstuk 3);
- concrete voorstellen voor aanpassingen in AWBZ, WTG, WZV en JOZ (hoofdstuk 4).

---

<sup>1</sup>

Onder ggz wordt in ieder geval verstaan: volwassenenzorg, kinder- en jeugdzorg (waaronder de MKDs en MKTs), verslavingszorg en forensische zorg.

## 2. DE ONTWIKKELINGEN

In het overheidsbeleid voor de ggz wordt de ontwikkeling van een vraaggericht aanbod van zorg gestimuleerd. De vraag dient het uitgangspunt te vormen voor het zorgaanbod. Hieraan gerelateerde doelstellingen zijn ambulantisering, vermaatschappelijking, integratie van het zorgaanbod en verhoging van de efficiency.

Vanuit de gedachte dat de bestaande afgrenzing van RIBW, RIAGG, APZ en PAAZ een optimale aansluiting op de zorgvraag belemmert, zijn in veel regio's fusies en andere nauwe samenwerkingsverbanden tot stand gekomen. Nodeloze versnippering en doublures kunnen zo worden vermeden en zorgvernieuwing en geïntegreerde zorg kunnen zo worden vergemakkelijkt. De zorg wordt hierbij meer en meer via zorgprogramma's voor specifieke doelgroepen georganiseerd. Via een netwerkbenadering ontstaan samenwerkingsverbanden met aan de ggz aanpalende instellingen en instanties.

Deze regio's, voor het gemak verder zorgvernieuwingsregio's genoemd, lopen echter tegen een aantal knelpunten in wet- en regelgeving op. Met subsidie van VWS en in opdracht van GGZ Nederland heeft het bureau HHM een inventariserend onderzoek naar deze problematiek verricht (Wet- en regelgeving. Knelpunten bij samenwerking in de GGZ, juli 1998).

Belangrijke conclusies uit dit onderzoek: de wet- en regelgeving sluit niet langer aan bij de ontwikkelingen in het veld. De registratie en verantwoordingsverplichtingen die uitgaan van voorzieningen sluiten niet meer aan bij een meer circuitgerichte benadering. Landelijke gegevens zijn daardoor onvoldoende betrouwbaar, vernieuwingen in de zorg worden niet goed zichtbaar, binnen de instellingen gaat energie nodeloos verloren ten koste van zaken die in het belang van een goede zorg en een passende bedrijfsvoering voorrang behoeven. De huidige regelgeving leidt tot een complexe administratieve organisatie die vooral leidt tot overbodige bureaucratie en verspilling van middelen.

Aanbevolen wordt om meer uit te gaan van een integrale benadering in de regelgeving en om integraal verantwoording af te leggen per circuit.

De oplossing van deze knelpunten is een van de achterliggende motieven voor het nu voorliggende voorstel.

Daarnaast zien we een discussie over het meest gewenste besturingsconcept voor de ggz en meer in het algemeen voor alle AWBZ-sectoren. Met name zijn hier de adviezen van de RvZ te noemen, waarin samenhang en doelmatigheid leidende begrippen zijn.

Maar daarnaast wijzen we ook naar de adviezen van de Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten, de rapportages in het kader van de IBO-werkgroep benchmarking en de beleidsbrief van VWS over de ggz. Ook de uitvoeringstoetsen over de positie van het zorgkantoor en over de herziening van de planningsnormen ggz raken aan de besturingsdiscussie.

Redenen om bij de ontwikkeling van het voorstel voor de oplossingen van de knelpunten in de wet- en regelgeving allereerst te kijken naar de meest gewenste besturings-systematiek voor de ggz. Zoals in de inleiding gesteld gaat het hierbij om de kortere termijn.

### 3. BESTURING GGZ

In het RvZ-rapport “Prikkel tot Doelmatigheid” worden voor de gezondheidszorg drie besturingsconcepten gepresenteerd: een sterkere overheidssturing, het vrije marktmechanisme en het maatschappelijk ondernemerschap. De RvZ kiest hierbij voor het maatschappelijk ondernemerschap. Deze optiek is ook de onze. De ggz is in onze optiek een private sector met een duidelijke maatschappelijke taak. De zorg is hierbij verzekerde zorg, in ons geval via de AWBZ.

Binnen dit concept staan, aldus de RvZ, vertrouwen, verantwoordelijkheid en verantwoording centraal. De overheid moet meer vertrouwen hebben in het veld, terwijl het veld dit vertrouwen moet verdienen door verantwoording af te leggen. De RvZ spreekt in dit verband over ondernemen in een “glazen onderneming”. Vanuit dit perspectief willen we de positie van de bij de ggz betrokken partijen beoordelen.

Achtereenvolgens gaan we in het kort in op de positie van:

- de zorgaanbieders (3.1);
- de zorgverzekeraars (3.2);
- de cliëntenorganisaties (3.3);
- de rijksoverheid (3.4);
- de lagere overheden (3.5).

Vervolgens staan we iets uitgebreider stil bij de verantwoordingsstructuur. Juist de verantwoording is voor het goed functioneren van maatschappelijk ondernemerschap van wezenlijk belang.

#### 3.1 Zorgaanbieders

De zorgaanbieders zijn primair verantwoordelijk voor een kwalitatief goed zorgaanbod, voor productinnovatie en voor een zo doelmatig mogelijke besteding van de beschikbare middelen.

Dit betekent dat de te leveren zorg aansluit bij de vraag van de cliënt (zorg-op-maat, vraagsturing) en dat deze tegelijkertijd voldoet aan de op dat moment geldende beroepsstandaard (“state of the art”).

De bewaking van de kwaliteit geschiedt op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Op grond van deze wet zijn kwaliteitssystemen operationeel, waaronder tevens kwaliteitsinstrumenten begrepen zijn waarmee de doelmatigheid van de bestedingen bewaakt wordt.

Een goed zorgaanbod is een geïntegreerd aanbod dat alleen in een goed samenspel met andere betrokken zorgaanbieders en instanties geleverd kan worden. Zorgaanbieders zijn er dan ook mede verantwoordelijk voor dat er binnen de regio goede samenwerkingsafspraken tot stand komen.

Zorgaanbieders zijn bovendien verantwoordelijk voor een transparant zorgaanbod. Binnen de regio moet duidelijk zijn welke “producten” worden aangeboden, op welke wijze deze verkregen kunnen worden (indicatiestelling en toegang) en welke “leveringsvoorwaarden” gelden. Op individueel niveau is deze transparantie gewaarborgd in de WGBO, op regionaal niveau zullen zo nodig passende instrumenten zoals een productcatalogus ontwikkeld moeten worden.

### 3.2 Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn - binnen de door de overheid gestelde grenzen - verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van voldoende zorg ten behoeve van hun verzekerden. Deze zorg dient op maat te kunnen worden geleverd, in samenhang met aanpalende zorgvoorzieningen.

Zorgverzekeraars hebben hiertoe hun belangen gebundeld in regionale zorgkantoren. Deze kantoren spreken met de instellingen de gewenste zorgproductie af.

De COTG-beleidsregels zijn hierbij het meest geëigende detailleringniveau waarop de aard en omvang van de zorg wordt afgesproken.

Het gekozen besturingsconcept van maatschappelijk ondernemerschap brengt met zich mee dat de zorgverzekeraar i.c. het zorgkantoor en de zorgaanbieders contractpartners zijn met een eigen beleidsverantwoordelijkheid en een hierop toegesneden beleids- en onderhandelingsruimte.

Hierbij is een adequaat machtsevenwicht tussen beide partners een voorwaarde.

Naast het maken van afspraken over de te leveren zorg heeft de zorgverzekeraar i.c. het zorgkantoor ook een controlerende taak. Deze controle betreft de rechtmatigheid van de aan de verzekerde geleverde zorg; de verantwoorde uitvoering van de bepalingen van de UvO; de juistheid (naar inhoud en hoogte) van de kosten.

In paragraaf 3.6 (verantwoording) en hoofdstuk 4 (voorstellen drieluik) gaan we verder in op het instrumentarium dat de zorgverzekeraar in relatie tot de zorgaanbieder ter beschikking staat.

### 3.3 Cliëntenorganisaties

De cliënt heeft in zijn relatie tot de zorgaanbieder i.c. behandelaar en tot de zorgverzekeraar een actieve inbreng als zorgconsument. In het kader van de besturingsdiscussie komt deze rol tot uiting in de positie van de regionale cliëntenorganisatie.

De organisatie van ggz-cliënten is in vergelijking met andere sectoren zwak te noemen. Allereerst dient deze daarom te worden versterkt. In de regio's dienen herkenbare en representatieve organisaties te functioneren zodat niet alleen de cliënten maar ook de zorgaanbieders en verzekeraars weten wie ze kunnen aanspreken. Een structurele financiering van deze organisaties is hierbij een voorwaarde.

De cliëntenorganisaties hebben een zwaarwegende rol bij de vaststelling van het regionale zorgbeleid. In de UvO is onlangs geregeld dat partijen hierover afspraken maken.

Daarnaast hebben zij een belangrijke rol bij de beoordeling van de geleverde kwaliteit van de zorg. Cliëntenorganisaties dienen de mogelijkheid te krijgen om hiervoor adequate instrumenten te ontwikkelen.

In aanvulling op het professionele aanbod is het van belang dat in de regio ook consumer-run-projecten tot ontwikkeling komen. Hiervoor dienen voldoende faciliteiten te worden gecreëerd.

De positie van de individuele cliënt wordt geregeld in een aantal specifieke wetten en regelingen zoals de WGBO, de BOPZ, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, Wet medezeggenschap e.d. Deze vallen buiten het bestek van deze nota.

### 3.4 Rijksoverheid

De overheid is verantwoordelijk voor een toegankelijke, doelmatige en kwalitatief voldoende gezondheidszorg. Ze is hierbij afhankelijk van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De rijksoverheid stuurt op hoofdlijnen door haar visie op het ggz-beleid te verwoorden in een sectorale zorgvisie. Ze stelt vervolgens de financiële (deellkaders vast in het JOZ.

Tevens is het haar taak zorg te dragen voor een goede regionale spreiding van de zorg. Ze stuurt hierbij in meer specifieke zin via de planning ex WZV en de toelating ex AWBZ.

Tot slot draagt ze zorg voor goede randvoorwaarden i.c. wet- en regelgeving waarbin-nen het maatschappelijk ondernemerschap tot haar recht kan komen.

GGZ Nederland onderschrijft de weg die is ingezet om te komen tot sectorale zorgvisies. De nota Onder Anderen uit 1993 en de beleidsbrief ggz uit 1997 zijn hierbij te beschouwen als waardevolle aanzetten.

In de zorgvisie wordt op hoofdlijnen de gewenste beleidsontwikkeling voor de komende periode geschetst (bijvoorbeeld vermaatschappelijking van de zorg). Deze hoofdlijnen kunnen hun vertaling vinden in concrete beleidsdoelen (bijvoorbeeld tenminste 5% substitutie van klinische in ambulante zorg).

De sectorale zorgvisie vindt haar vertaling in de vaststelling van de financiële (deel)kaders in het JOZ. Het betreft hier zowel directe intensiveringen als de vaststelling van het bouwkader.

Het is wenselijk dat de zorgvisie neerslaat in meerjarenafspraken met de sector.

De realisatie van het voorgestane beleid wordt gevolgd via de (al bestaande) rapportages van Ziekenfondsraad, COTG, CvZ, CBS en Inspectie. GGZ Nederland voegt daar een nieuw instrument aan toe: de GGZ-brancherapportage. Zie verder paragraaf 3.6.

### 3.5 Lagere overheden

In de WZV heeft de provincie een belangrijke adviesrol in het kader van de verklaring van behoefte.

Lagere overheden hebben verder in de praktijk een rol in de uitvoering van allerlei andere wetten en regels die ook van toepassing zijn op zorgaanbieders (bouwwet, bestemmingsplan, veiligheidsvoorzieningen etc.). Bovendien hebben zij een belangrijke rol in voor de ggz relevante wetgeving zoals de Welzijnswet (waar de ambulante verslavingszorg onder valt). Deze wetten zijn in deze nota niet aan de orde.

Met de ontwikkeling van meer geïntegreerde zorg en daarbij behorende netwerkontwikkeling neemt de directe en indirecte rol van lagere overheden toe. Te denken valt hierbij aan de afstemming in het kader van de jeugdzorg, afstemming van projecten in het kader van de OGGZ. Maar ook in het kader van vermaatschappelijking is de afstemming en samenwerking met sociale diensten, woningbouwcorporaties, gemeentelijke welzijnsvoorzieningen, gemeentelijke uitvoeringsinstantie WVG e.d. steeds belangrijker aan het worden. Tegen deze achtergrond is in het kader van de zorgopmaat-regeling een adviserende rol voor de gemeente vastgelegd.

Zorgaanbieders zijn, zoals gesteld in paragraaf 3.1, primair verantwoordelijk voor een goede samenhang van het zorgaanbod. Dit betreft onzes inziens ook de afstemming met de zorg of hulp die onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van gemeente en provincie vallen.

In aanvulling op de afstemming en samenwerking in de dagelijkse hulpverlening zal deze op regionaal niveau ook een meer bestuurlijke invulling moeten krijgen. Een regionaal (bestuurlijk) platform is hiervoor geëigend. Hierin dienen lagere overheden een structurele plaats te krijgen naast de ggz-partijen. Daar waar aanbieders onvoldoende initiatieven nemen voor een dergelijk platform kan de zorgverzekeraar, in haar rol van controleur, dit aan een zorgaanbieder opleggen. In de UvO kunnen hiervoor de nodige bepalingen worden opgenomen.

De regionale samenhang van zorg kan haar neerslag krijgen in een regionale zorgvisie. Deze visie, die in onze optiek vooral een concensusdocument is, vormt een belangrijke input voor het overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In afgeleide zin kan deze visie input zijn voor de rijksoverheid. Verantwoordelijk voor de totstandkoming van dit document is het bovengenoemde regionale platform. Op deze wijze krijgt een regionale zorgvisie "bottum up"-gestalte.

### **3.6 Verantwoordingsstructuur**

Bij de keuze voor maatschappelijk ondernemerschap is de wijze waarop verantwoording wordt afgelegd essentieel.

We onderscheiden hierbij verschillende niveaus van verantwoording:

- als sector richting rijksoverheid;
- van de instelling aan overheid (en in algemene zin aan de maatschappij);
- van de instelling aan het zorgkantoor;
- van het zorgkantoor aan de overheid.

#### *3.6.1 Verantwoording sector*

Voor de verantwoording op sectorniveau wil GGZ Nederland een nieuw instrument introduceren, namelijk het brancherapport. Met dit rapport wil GGZ Nederland als branche-organisatie in eerste instantie verantwoording afleggen over de besteding van de door de overheid aan de sector beschikbaar gestelde middelen. Tevens zal in het rapport worden aangegeven in hoeverre de sector een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van de tussen overheid en sector overeengekomen doelstellingen van beleid. Het rapport zal tot slot een doorkijkje bieden naar de nabije toekomst. Daarmee is het rapport ook goed bruikbaar voor discussies over toekomstig beleid.

Naast deze rapportage blijft de rijksoverheid gevoed met de rapportages van de Ziekenfondsraad, het COTG, het CvZ, het CBS en de Inspectie.

Onverlet ieders eigen verantwoordelijkheid zal GGZ Nederland haar inspanningen verhogen om te komen tot eenheid van taal waardoor de basis van al deze rapportages onderling beter vergelijkbaar en daarmee transparanter wordt. Een dergelijke eenheid van taal is pas goed realiseerbaar als de wet- en regelgeving weer beter aansluit bij de ontwikkelingen in het veld (zie hoofdstuk 4).

#### *3.6.2 Verantwoording instelling*

De instelling legt verantwoording af aan:

- de rijksoverheid (onder andere via rapportages aan COTG, het CvZ, CBS en de Inspectie);
- de samenleving;
- de zorgverzekeraar i.c. het zorgkantoor.

Voor deze verantwoording bestaan verschillende instrumenten. We noemen er hier twee.

De jaarrekening/jaarverslag

- De jaarrekening is gebaseerd op de regeling Jaarverslaglegging Zorg, onderdeel van de WZV. Op dit moment wordt deze regeling gemoderniseerd. Een eerste stap is de oprichting van een werkgroep gezondheidszorg bij de Raad voor de Jaarverslaglegging. Bij de modernisering zal zoveel mogelijk aansluiting worden gezocht bij het Burgerlijk Wetboek 2 titel 9.
- Het voornemen is om alle zorginstellingen onder de nieuw op te stellen regeling te laten vallen, waarmee voor de ggz een uniforme regeling gerealiseerd kan worden.
- De jaarrekening en het jaarverslag is een verantwoordingsdocument voor de rijksoverheid, het zorgkantoor, de samenleving en andere instanties zoals de banken.

Het kwaliteitsjaarverslag

- De Kwaliteitswet Zorginstellingen schrijft voor dat de instellingen jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag uitbrengen waarin verantwoording wordt afgelegd over het gevoerde kwaliteitsbeleid en de verleende kwaliteit van zorg.
- Dit verslag dient tenminste aan de Inspectie en het regionale patiëntenplatform te worden gestuurd. In de UvO is bovendien afgesproken dat dit verslag ook aan het zorgkantoor wordt toegestuurd.

Naast deze meer algemene documenten wordt op een veel gedetailleerd niveau verantwoording afgelegd aan de uitvoeringsorganen, zoals COTG (opbouw en besteding budget), WZV (instandhouding en bouw); in het kader van de BOPZ wordt verder verantwoording afgelegd over middelen en maatregelen etc.

In het overleg met het zorgkantoor zijn naast bovenstaande verslagen de volgende instrumenten van belang:

- de maandelijkse productieoverzichten;
- het beleidsplan;
- resultaten van uitgevoerde bedrijfsvergelijkingen (nog te ontwikkelen);
- resultaten van uitgevoerde effectiviteitsstudies (nog te ontwikkelen).

#### Maandelijkse productieoverzichten

Onlangs is in het kader van de UvO de verantwoordingssystematiek opnieuw tegen het licht gehouden. Dit heeft geleid tot de introductie van maandoverzichten waarin op patiëntniveau naast algemene patiëntgegevens inzicht wordt gegeven in de gerealiseerde productie op het niveau van de COTG-beleidsregels. Op basis hiervan kan het zorgkantoor voldoen aan haar wettelijke controletaak. Daarnaast bieden de overzichten de basis om inzicht te verwerven in de regionale ggz-zorgconsumptie op patiëntniveau. Alle ggz-instellingen zijn namelijk verplicht deze informatie aan te leveren.

De werkgroep externe integratie AWBZ-instellingen/zorgkantoren bestaande uit vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland ontwikkelt momenteel een standaard om al deze gegevens ook digitaal aan te leveren. Het zorgkantoor kan met deze data een krachtig analyse-instrument ontwikkelen dat bruikbaar is in het overleg over de productieafspraken.

### Beleidsplan

Het beleidsplan is in strikte zin geen verantwoordingsinstrument. Dit plan speelt echter wel een rol in het overleg met de zorgverzekeraar. Naar de mening van GGZ Nederland zal dit beleidsplan een steeds grotere rol moeten gaan spelen in dit overleg. Waar tot nu toe in een aantal regio's de gewoonte bestond om de productie van het komende jaar af te leiden uit het resultaat van het voorafgaande jaar, zullen deze afspraken ook steeds meer gebaseerd moeten worden op het toekomstig beleid.

### **Bedrijfsvergelijkingen**

In de Kwaliteitswet is geregeld dat de zorginstellingen verplicht zijn om verantwoorde zorg te leveren. Het begrip "verantwoord" omvat in ieder geval de doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid van de zorg.

Om de doelmatigheid goed te kunnen beoordelen is een vergelijking met collega-instellingen noodzakelijk. De instellingen beschikken hiertoe onder meer over de Management Informatie Pakketten (MIP) van het NZi. Deze pakketten bevatten spiegelinformatie gebaseerd op de verschillende enquêtes waar het NZi beheerder van is (het houderschap berust veelal bij GGZ Nederland). GGZ Nederland neemt initiatieven om dit instrument te verbeteren. Hierbij zal ook ruimschoots aandacht' zijn voor het inbouwen van "intelligente" kengetallen in de spiegelinformatie. De instelling krijgt zo snel een waarschuwingssignaal over bepaalde onderdelen van het bedrijfsproces.

### **Voorstel**

In het kader van de verantwoording worden de volgende instrumenten ontwikkeld of verbeterd:

- GGZ-brancherapport
- Modernisering informatievoorziening:
  - . harmonisering informatiesystemen;
  - . modernisering gegevensverzameling;
  - . ontwikkelen eenheid van taal.
- Modernisering spiegelinformatie:
  - . ontwikkeling intelligente kengetallen;
  - . pilotstudie over inhoud en gebruik spiegelinformatie;
  - . resultaten bedrijfsvergelijkingen onderdeel lokaal overleg zorgaanbieder-zorgverzekeraar.
- Modernisering jaarverslaglegging.

Het instrument "spiegelinformatie" is een kwaliteitsinstrument, vallend onder de kwaliteitswet. Verantwoording richting Inspectie en regionale patiëntenvertegenwoordiging is daarmee de aangewezen weg.

We gaan er echter van uit dat dergelijke informatie ook relevant is voor het zorgkantoor.

In de UvO willen we dan ook opnemen dat de instellingen regelmatig de uitkomsten van de eigen bedrijfsvergelijking ter bespreking voorleggen aan het zorgkantoor. Over de invulling hiervan (wat wil het zorgkantoor weten, wat kan de instelling leveren e.d.) zal GGZ Nederland een pilotstudie starten.

Om tot een goede spiegelinformatie te komen zal aan een aantal randvoorwaarden moeten worden voldaan. De in de ggz bestaande informatiesystemen moeten worden geharmoniseerd; de gegevensverzameling zal worden gemoderniseerd; eenheid van taal zal moeten worden gerealiseerd e.d. Hier wordt momenteel hard aan gewerkt.

### *3.6.3 Zorgkantoor*

Het zorgkantoor is net als de zorgaanbieder te beschouwen als een maatschappelijk ondernemer. Haar taken zijn al in paragraaf 3.2 aan de orde gesteld. In het kader van de verantwoording heeft zij een bijzondere taak aangezien ze als uitvoeringsorgaan van de AWBZ verantwoording aflegt aan de Ziekenfondsraad over aard, omvang en kosten van de gerealiseerde productie. Ze neemt hierbij de maandelijkse productieoverzichten als basis. De verdere verantwoording van het zorgkantoor valt buiten het bestek van deze nota.

#### 4. SAMENHANG BESTURINGSWETGEVING WZV- AWBZ - WTG EN JOZ

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van de vorige hoofdstukken vertaald in concrete wijzigingsvoorstellen in de wet- en regelgeving. Deze wijzigingen betreffen niet de wetsteksten zelf maar de daaronder liggende besluiten of beleidsregels. De voorstellen zijn daarmee in een tijdsbestek van maximaal 2 jaar volledig te operationaliseren. Dit is inclusief de benodigde tijd voor beleidsmatige besluitvorming en technische uitwerking van deelaspecten. De voorstellen zijn beperkt tot die van WZV-AWBZ-WTG en JOZ.

Andere voor de ggz relevante wetgeving zoals welzijnswet en regelgeving van Justitie vallen buiten het bestek van deze nota.

In dit hoofdstuk wordt de volgende gedachtenlijn aangehouden:

De AWBZ:

- beschrijft het wettelijke aansprakenpakket en wie de zorg mag leveren;
- gekozen benadering: een functionele zorgaanspraak.

De WZV:

- plant de omvang van zorgvoorzieningen en geeft daarmee een begrenzing aan de regionale beschikbaarheid van zorg;
- gekozen benadering: zorgplaatsen ggz.

Het JOZ:

- geeft financiële dekkaders als resultante van voorgestaan beleid;
- gekozen benadering: circuitgebonden dekkaders.

De WTG:

- voorziet de zorg van een prijs en geeft via de beleidsregels het detailleringniveau van de productieafspraken;
- gekozen benadering: de bekostigingscategorieën.

De AWBZ is vooral gericht op het wettelijke pakket van zorgaanspraken (wat is verzekerd) en hoe deze tot gelding kunnen worden gebracht (indicatiestelling).

In het kader van de besturing stuurt de AWBZ met name de omvang van de verzekerde vraag. Het niveau van te onderscheiden functies is voor deze sturing toereikend.

De WZV, JOZ en WTG richten zich in aanvulling op de AWBZ meer op de beheersing van de omvang en de kosten van de zorginstellingen. De mate van detaillering van de sturing neemt in de volgorde WZV, JOZ en WTG toe.

Dit is ook consistent met het voorgestane besturingsconcept. De overheid stuurt op hoofdlijnen en heeft hiervoor als belangrijkste instrumentaria de WZV en het JOZ. Via de toelating stuurt de rijksoverheid de regionale spreiding.

Op regionaal niveau stuurt de zorgverzekeraar en doet dat op een meer gedetailleerd niveau. De WTG draagt hier met haar beleidsregels de instrumenten voor aan.

##### 4.1 AWBZ

Met de modernisering van het Besluit Zorgaanspraken is voor de ggz een belangrijke stap vooruit gezet. De zorg kan nu ook in (combinaties van) onderdelen worden verstrekt hetgeen de mogelijkheden voor de verdere ontwikkeling van transmurale zorg aanzienlijk vergroot.

Tegelijk is evenwel in het besluit ook de voorzieninggerichte benadering blijven bestaan<sup>2</sup>. Hierdoor blijven ongewenste schotten in de zorg voortbestaan en stelt dit zorgvernieuwingsregio's voor problemen.

In veel regio's is immers het onderscheid tussen APZ, RIAGG en RIBW zeer diffuus of zelfs afwezig. Dit geldt in toenemende mate ook voor de PAAZ. De keuze voor een functionele zorgaanspraak lost dit probleem op.

#### **Voorstel**

Artikel 20 van het Besluit Zorgaanspraken vervangen door een functionele zorgaanspraak. Deze zou als volgt kunnen luiden.

#### Artikel 20

1. Geestelijke gezondheidszorg omvat onderzoek, advisering en voorlichting, behandeling, begeleiding, verpleging of verzorging, al dan niet gepaard gaande met verblijf gedurende het etmaal.
2. Bij ministeriële regeling kunnen voorwaarden worden gesteld aan het tot gelding brengen van de aanspraak op zorg zoals bedoeld in het eerste lid.

#### *Toelichting*

De preventie is als onderdeel inbegrepen in bovengenoemde functies.

Consequentie van een integratie van zorgaanspraken is dat voorzieningspecifieke bepalingen komen te vervallen (zoals de begrenzing van de maximale verblijfsduur bij PAAZen). Uit oogpunt van beheersing van kosten zijn deze bepalingen niet langer nodig (voor de ggz geldt een systeem van budgetmaximering). Uit oogpunt van bewaking

van een doelmatig gebruik van zorg ligt, naast de eigen verantwoordelijkheid van de instelling zelf, hier een taak voor de zorgverzekeraar. Ter ondersteuning hiervan kunnen zo nodig in de toelichting bij het Besluit aanvullende bepalingen worden opgenomen.

De keuze voor een functionele zorgaanspraak heeft consequenties voor de toelating. In de AWBZ is bepaald dat instellingen moeten zijn toegelaten. De voorschriften voor toelating vinden hun wettelijke grondslag in de WZV of in een nader door VWS te stellen regeling. Voor de RIBWs en APZen is de WZV van toepassing, voor RIAGGs en vrijgevestigden niet. Voorschriften voor de toelating hebben betrekking op de criteria spreiding en behoefte.

De toelating is in combinatie met de WZV een specifiek instrument voor VWS.

Gelet op de in de inleiding genoemde randvoorwaarden nemen we dit instrument als een gegeven. De bestaande toelatingen zullen evenwel aan de in dit hoofdstuk gepresenteerde voorstellen moeten worden aangepast. In plaats van de toelating te enten op de instelling (APZ, RIAGG, RIBW) zal deze moeten worden geënt op functies. Dit betekent dat men kan worden toegelaten voor in de toelating nader te bepalen functies, uitgesplitst naar zorgcircuits en rekening houdend met wettelijke voorschriften inzake spreiding en behoefte. Dit onderdeel moet in het vervolgtraject verder worden uitgewerkt.

<sup>2</sup> . In artikel 20 van het Besluit Zorgaanspraken worden onderscheiden: APZ, lid a: PAAZ, lid b: RIAGG, lid c: RIBW, lid d: vrijgevestigde psychiater, lid e: polikliniek, lid f: deeltijdbehandeling

**Voorstel**

De toelating kent de volgende detaillering:

- de functies waarvoor men is toegelaten;
- de circuits/doelgroepen;
- het aantal zorgplaatsen per circuit;
- eventueel aantal inwoners verzorgingsgebied (optioneel);
- aanvullende beperkingen bij landelijke functies.

**4.2 Jaaroverzicht Zorg**

Voor de ggz bestaan aparte deekaders<sup>3</sup>. Deze vallen niet samen met de verstrekkingen ex AWBZ noch met te onderscheiden doelgroepen. Wel vallen ze samen met te onderscheiden typen van voorzieningen.

Een adequate financiële sturing noch een heldere verantwoording is daardoor mogelijk.

GGZ Nederland stelt voor de benodigde samenhang aan te brengen door uit te gaan van deekaders per circuit.

Voor deze circuits zullen adequate en makkelijk toepasbare definities worden gemaakt. De afbakening van de ouderenzorg is hierbij het moeilijkst aangezien de psychiatrie voor ouderen niet zonder meer aan een specifieke leeftijdsgrens is te koppelen. In het voorstel is daarom de ouderenpsychiatrie vooralsnog als te onderzoeken optie meegenomen.

**Voorstel**

De ggz kent voor het JOZ de volgende deekaders:

- kinder- en jeugdpsychiatrie
- volwassenen
- ouderen (optioneel)
- verslaafden
- forensische zorg

Deze deekaders per doelgroep sluiten goed aan bij de ontwikkeling van zorgcircuits. Bij de ontwikkeling van zorg op maat zal vanuit het patiëntenperspectief de geleverde zorg zich uitstrekken over verschillende sectoren. Bijvoorbeeld kinderen die gebruik maken van instellingen voor jeugdhulpverlening en van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Met bovenstaande deekaders kan de besteding over de sectoren heen transparant worden gemaakt. Ook is een meer gerichte intensivering mogelijk.

<sup>3</sup> Het JOZ onderscheidt de volgende deekaders: APZen, instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, zelfstandige verslavingsklinieken, TBS-instellingen, RIBWs, RIAGGs, vrijgevestigde psychiaters, overige ambulante ggz, CADs, overig verslavingszorg, zorgvernieuwingsfonds. De PAAZen zijn onderdeel van kader van de algemene en academische ziekenhuizen

### 4.3 WZV

De WZV heeft betrekking op de bouw van zorgvoorzieningen en op de planning daarvan.

In dit voorstel gaat het niet om de bouw, hoewel ook daar veel over valt te zeggen, maar om de planmatige aspecten van de WZV (artikel 3). In de huidige planning wordt deels gepland op basis van doelgroepen en deels op voorzieningen<sup>4</sup>.

Onlangs heeft het CvZ over dit onderwerp op verzoek van VWS een interim-rapportage doen verschijnen. Het CvZ stelt voor om uit te gaan van zorgplaatsen ggz. Hierbij worden drie circuits onderscheiden: kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingszorg en volwassenenzorg. GGZ Nederland neemt dit voorstel over. Hiernaast is nog het forensische circuit te onderscheiden. De planning hiervan loopt evenwel rechtstreeks via de rijksoverheid i.c. VWS en het Ministerie van Justitie.

Een verdere specificering van de planning in de vier door het CvZ voorgestane modaliteiten klinische behandeling, deeltijdbehandeling, gestructureerde deeltijdbehandeling met bedden-op-recept en opnamevervangende extramurale zorg, is niet gewenst.

Deze mate van detaillering is niet alleen gekunsteld maar hoort bovendien niet thuis in de landelijke planning. Meer gedetailleerde afspraken worden op basis van de beleidsregels van de WTG gemaakt in het overleg tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

#### Voorstel

Voor de planning ex WZV worden de volgende ggz-zorgplaatsen onderscheiden:

- volwassenenzorg
- kinder- en jeugdpsychiatrie
- verslavingszorg
- forensische psychiatrie (planning rechtstreeks door VWS/Justitie)

Op basis van een zorgplaats ggz kunnen allerlei modaliteiten van zorg worden aangeboden. Voor zover deze gepaard gaat met bouw gelden uiteraard wel de meer gedetailleerde bouwmaatstaven.

De door VWS gewenste minimale omvang van de asielfunctie en van de transmurale zorg kan door de zorgverzekeraar in het kader van de uitvoering van de sectorale zorgvisie worden bewaakt. Specifieke stuurinstrumenten in de regelgeving kunnen zo nodig in de WTG worden uitgewerkt (in de vorm van een beleidsregel analoog aan de 5% van de regeling zorg-op-maat).

### 4.4 WTG

Met de modernisering van de beleidsregels voor APZ, RIBW en RIAGG zijn al belangrijke stappen gezet. De harmonisering van beleidsregels tot één ggz-systematiek is evenwel nog niet volledig voltooid. De bestaande verschillen in systematiek en beleidsregelbedragen zullen voor zover geënt op voorzieningen verder gemitigeerd moeten worden.

<sup>4</sup> Artikel 3 onderscheidt voor de ggz deelnormen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingszorg en volwassenenzorg. Bij dit laatste wordt onderscheid gemaakt tussen APZ/PAAZ enerzijds en RIBW anderzijds. Tevens bestaat een vrije marge en een toeslag voor de grote steden. Bovendien worden enkele bovenregionale en landelijke voorzieningen benoemd. Hiervoor bestaan geen plannormen. RIAGGs vallen niet onder WZV en daarmee ook niet onder planning ex artikel 3. Ook voor de forensische psychiatrie zijn geen aparte plannormen opgesteld; zij vallen onder de bovenregionale/landelijke voorzieningen

De beleidsregels vormen een belangrijk instrument in het overleg tussen zorgaanbieder en -verzekeraar. Zij zullen dan ook meer dan voorheen als beleidsinstrument vorm moeten krijgen.

GGZ Nederland stelt hierbij het volgende voor:

1. Binnen de ggz-systematiek worden de beleidsregels gedifferentieerd op het niveau van de te onderscheiden doelgroepen. Binnen de WTG zijn dat de
  - kinder- en jeugdpsychiatrie
  - verslavingszorg
  - volwassenenzorg
    - . kortdurende zorg
    - . langerdurende zorg
  - ouderenzorg
  - forensische psychiatrie

Deze benadering in doelgroepen geeft mogelijkheden om de beleidsregelbedragen voor de ouderenzorg aan te passen (in deze bedragen komen op dit moment de kosten van de V-dimensie onvoldoende tot uitdrukking).

Daarnaast maakt per doelgroep de systematiek onderscheid in klinische, deeltijd en ambulante zorg. Hierbij zal de systematiek ook toegesneden moeten worden op transmurale zorg. Ten opzichte van de WZV komt hier dus het hogere niveau van detaillering tot uitdrukking.

2. In navolging op het advies van de Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten zal er een beleidsregel moeten komen die een herschikking van budgetten binnen een regio mogelijk maakt. Deze herschikking is aan de orde als de zorgverzekeraar minder productie wenst af te spreken dan het budgetmaximum van de instelling mogelijk maakt. De vrijkomende middelen kunnen vervolgens door de zorgverzekeraar anders binnen de regio worden ingezet. In de zorg-op-maat-regeling bestaat de mogelijkheid tot herschikking al. De mogelijkheid tot herschikking wordt nu uitgebreid tot de gehele productie. De exacte vormgeving van deze uitbreiding behoeft nog de nodige uitwerking.
3. De zorg-op-maat-regeling bevat nu een instrument dat het voor partijen mogelijk maakt om landelijk af te spreken dat tenminste een bepaald percentage van het budget aan een bepaald type zorg wordt besteed (i.c. zorg-op-maat). Dit instrument is ook uit te breiden naar andere typen van zorg (bij voorbeeld de asiel-unctie). GGZ Nederland is hierbij van mening dat dit alleen nodig is als de brancherapportages daar aanleiding toe geven.
4. De Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten stelt voor meer uit te gaan van outputpricing. De recent ontwikkelde bekostigingssystematiek met bekostigingscategorieën komt al ten dele aan deze wens tegemoet, maar is primair nog een systematiek voor budgetfinanciering. Indien outputpricing de regio zichtbare voordelen geeft boven de huidige systematiek dan kunnen de bekostigingscategorieën worden omgebo-gen in de gewenste richting van outputpricing.
5. In de discussie over benchmarking is ook gekeken naar de bekostigingscatego-rieën. In dit kader stelt GGZ Nederland voor om in samenwerking met het COTG een "onderbouwingsboek" uit te geven waarin helder de grondslag van de be-

leidsregelbedragen wordt uitgewerkt. Dit komt de transparantie van de beleidsregels ten goede.

**Voorstel**

- Verdere harmonisering beleidsregels tot één ggz-systematiek.
- Differentiatie beleidsregels in de volgende doelgroepen:
  - . kinder- en jeugdpsychiatrie;
  - . verslavingszorg;
  - . volwassenenzorg:
    - kortdurende zorg
    - langerdurende zorg
  - . ouderenzorg;
  - . forensische psychiatrie.
- Meer mogelijkheden voorerschikking budgetten binnen de regio.
- Onderzoek wenselijkheid outputpricing.
- Eventueel meer sturingsmogelijkheden voor landelijke sturing modaliteiten zorg.
- Heldere en actuele publicatie van de onderbouwing van de beleidsregelbedragen.