

Vergaderjaar 2000–2001

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 13

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 juli 2001

Bij brief van 2 mei 2001 heb ik u toegezegd een herzien uitvoeringsplan van het groot project Modernisering AWBZ aan u te doen toekomen. Hierbij treft u conform de vereisten van de procedureregeling grote projecten de bijgestelde projectbeschrijving aan.

Deze bijstelling betreft primair het verzoek van de Tweede Kamer van 15 maart 2001 om een vijftal beleidsonderdelen te monitoren. Verder heeft actualisering van de projectbeschrijving plaatsgevonden gelet op de ontwikkelingen sedert december 2000. Dat betreft met name het voorstel voor versnelling van de modernisering van de AWBZ en de vereenvoudiging van het persoonsgebonden budget, zoals verwoord in mijn brief aan de Tweede Kamer van 17 juli 2001. Hierin heb ik aangegeven dat ik u tijdig voor het overleg over deze brief nader zal informeren over de gewenste snelheid van het invoeren van de maatregelen in relatie tot de praktische uitvoerbaarheid daarvan, zodat vervolgens het tijdpad van invoering van de verschillende maatregelen nader kan worden vastgesteld. Aan de hand daarvan kan nadere precisering van het in de projectbeschrijving aangegeven implementatietijdpad plaatsvinden.

Ten aanzien van uw verzoek om een vijftal beleidsonderdelen te monitoren geef ik onderstaand per beleidsonderdeel aan hoe dit verwerkt is in de projectbeschrijving.

1. De gang van zaken PGB/PVB inclusief vereenvoudiging van regelgeving

De brief van 17 juli 2001 over onder meer de vereenvoudiging van het persoonsgebonden budget bevat voorstellen voor bespreking met de Tweede Kamer. In de rapportages groot project (zie paragraaf 5.2) zal de voortgang van de in de juli brief genoemde trajecten worden gemonitord (nieuwe PGB-regeling, aanpassing regelgeving, functiegerichte indicatie-

stelling, definiëring van omvang in klassen, waardebeoordeling PGB, omslagpunten, eigen bijdrage, vereenvoudiging uitvoeringsstructuur).

2. De vrije toetreding van nieuwe aanbieders met als tijdspad heden tot 1 januari 2003

Genoemde brief van 17 juli 2001 bevat tevens voorstellen met betrekking tot de verruiming van het zorgaanbod. Voorstel is om de toelating te koppelen aan functies. In de groot projectrapportages zal de voortgang rond de planning en uitvoering van het wet- en regelgevingstraject worden weergegeven. In de rapportages groot project zal voorts worden gemonitord hoe de markt zich ontwikkelt, onder meer middels inzicht in de aantallen nieuwe aanbieders, c.q. bestaande aanbieders die ook andere functies gaan leveren (zie paragraaf 5.4).

3. De ontwikkeling van de RIO's conform het gestelde in motie Van Vliet c.s. (24 036/26 631, nr. 205)

Bij brief van 17 juli 2001 is op de motie Van Vliet gereageerd. Ter voorkoming van onnodige bureaucratie worden «best practises» geïnventariseerd hetgeen moet leiden tot een landelijke uniforme manier van het snel en zorgvuldig afhandelen van indicaties voor kortdurende zorg. Met LVIO en VNG zijn afspraken gemaakt voor de implementatie van de nieuwe procedure die in het najaar gereed zal zijn. Medio 2002 worden de ervaringen met de gevolgde procedure in kaart gebracht. Tegelijkertijd loopt een in december 2000 gestarte achterstandsactie bij de RIO's. In de voortgangsrapportages groot project zal over de vorderingen met betrekking tot de invoering van snelle procedures en de achterstandsactie worden gerapporteerd (zie paragraaf 5.3.2.).

4. De (tijdelijke) plaats en positie van de zorgkantoren

In de projectbeschrijving wordt de mandaatsconstructie, waarbij zorgkantoren in mandaat van de uitvoeringsorganen AWBZ de wet uitvoeren, nadrukkelijk als een overgangssituatie gezien, gelet op de voornemens zoals verwoord in de nota over het stelsel van 6 juli 2001 («Vraag aan Bod»). In deze nota wordt voorgesteld om op termijn de AWBZ uit te laten voeren door (risicodragende) verzekeraars.

Met ZN en CvZ is in maart 2001 een convenant afgesloten rond taken en prestaties van zorgkantoren in relatie tot de door VWS ter beschikking gestelde beheerskosten en subsidies zorgregistratie. De urgentie van de totstandkoming van een AWBZ-brede zorgregistratie is recentelijk bevestigd in het rapport van de Rekenkamer over de zorgkantoren. In de septemberrapportage groot project en volgende rapportages zal verslag worden gedaan van de afspraken en de uitvoering daarvan. Rond de AWBZ-brede zorgregistratie is reeds toegezegd viermaal per jaar te rapporteren (deze rapportages vallen tweemaal per jaar samen met de rapportage groot project).

5. Het proces scheiden wonen en zorg, inclusief transparant maken prijzen intra- en extramurale verstrekkingen (moties Blok en Van Vliet, 24 036/26 631, nr. 193 en 206) en aandachtspunt werking woon/zorgstimuleringsfonds

Bovengenoemde brief van 17 juli 2001 bevat voorstellen voor een functiegerichte bekostiging waarbij zorg en verblijf afzonderlijke functies zijn. Het bevat tevens voorstellen voor verruiming zorgaanbod zodat toelating per functie en zorgdomein mogelijk is. In de voortgangsrapportages groot project zal in samenhang met het bovengestelde rond de gang van zaken rond PGB/PVB de voortgang op dit traject worden beschreven.

Over de uitvoering van de woon/zorgstimuleringsregeling is de Tweede Kamer reeds bij brief van 25 juni 2001 over wonen en zorg op maat geïnformeerd. In de groot project-rapportages zal over de voortgang (beroep op de regeling, effecten etc) worden bericht.

De belangrijkste actualisering heeft betrekking op de voorstellen rond versnelling van de modernisering van de AWBZ en de vereenvoudiging van het persoonsgebonden budget, zoals verwoord in de brief aan de Tweede Kamer van 17 juli 2001. Dit heeft met name geleid tot aanpassing van paragraaf 5.2 en 5.4 van de projectbeschrijving, maar heeft ook gevolgen voor de indicatiestelling (paragraaf 5.3.2).

Andere ontwikkelingen betreffen de nota 25 juni 2001 over wonen en zorg op maat, het in maart 2001 afgesloten convenant VWS/ZN/CVZ over de taken en beheerskosten van zorgkantoren en de nota van 6 juli 2001 over het vernieuwing van het zorgstelsel.

Conform uw verzoek zal tweemaal per jaar over de voortgang van het groot project Modernisering AWBZ gerapporteerd worden, namelijk in februari en begin september. De eerste rapportage kunt u derhalve begin september van dit jaar verwachten.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegthart

Projectbeschrijving Modernisering van de AWBZ

Juli 2001

Inhoudsopgave

1.	INLEIDING	5
2.	AANLEIDING VOOR MODERNISERING	6
2.1	De modernisering van de AWBZ: een stand van zaken	6
2.2	Wat er verder aan vooraf ging	6
3.	DOEL EN INSPANNINGEN VAN HET GROOT PROJECT	7
3.1	Problemen in het huidige stelsel	7
3.1.1	Kwalitatieve knelpunten	7
3.1.2	Kwantitatieve knelpunten	7
3.2	Doel en inspanningen	7
3.3	Ombouw van de AWBZ van een in essentie aanbod- gestuurd systeem naar een in essentie vraaggestuurd systeem	8
3.3.1	De klant centraal	8
3.3.2	Onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling voor alle AWBZ-sectoren	10
3.3.3	Betere afstemming tussen zorgaanbod en zorgvraag	11
3.3.4	Wordt de AWBZ ook daadwerkelijk meer vraaggestuurd?	12
3.4	Randvoorwaarden: uitvoeringsstructuur gericht op een doelmatige uitvoering van de AWBZ	12
3.5	Doel-inspanningen-netwerk	13
4.	AFBAKENING EN RANDVOORWAARDEN	15
4.1	Context en randvoorwaarden	15
4.2	Relatie met andere projecten	15
5.	IMPLEMENTATIE	16
5.1	Aanpak	16
5.2	Deeltraject 1: Persoonsgebonden bekostiging	16
5.3	Deeltraject 2: Versterken van de uitvoeringsstructuur	18
5.3.1	Ondersteunen van patiënten- en cliëntenorganisaties	18
5.3.2	Verbeteren van de indicatiestelling	18
5.3.3	Versterken van de verzekeraarsfunctie	19
5.3.4	Voortgangsrapportage	20
5.4	Deeltraject 3: scheppen van juridische randvoorwaarden	21
5.5	Deeltraject 4: koplopers	22
5.6	Implementatietijdpad	23
6.	BESTURING VAN HET PROJECT	24
6.1	De organisatie van het project	24
6.2	Monitoring van het project	26
6.3	Rapportageplanner	27
7.	BEGROTING	28

1. INLEIDING

Bij brief van 20 april 2000 heeft de Tweede Kamer kenbaar gemaakt dat is besloten om de nota «Zicht op Zorg, plan van aanpak Modernisering AWBZ» (26 631, nr. 1) aan te wijzen als groot project. Conform de procedureregeling grote projecten is projectbeschrijving opgesteld en bij brief van 19 december 2000 aan de Tweede Kamer aangeboden.

Op 5 februari 2001 is in een nota-overleg de modernisering van de AWBZ en het daarmee samenhangende kabinetsstandpunt op het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ» besproken. Naar aanleiding van de uitkomsten van dit debat heeft de Tweede Kamer bij brieven van 15 maart 2001 en 2 mei 2001 verzocht een aantal beleidsonderdelen te monitoren en de projectbeschrijving daarop aan te passen.

In onderhavige projectbeschrijving heeft deze aanpassing plaatsgevonden. Verder zijn de op basis van de uitkomsten van het notaoverleg van 5 februari 2001 ontwikkelde voorstellen rond de versnelling van de invoering van de persoonsgebonden bekostiging en de verruiming van het zorgaanbod, zoals verwoord in de brief van 17 juli 2001 aan de Tweede Kamer in de projectbeschrijving verwerkt. Tevens heeft actualisering plaatsgevonden naar aanleiding van de ontwikkelingen sedert december 2000, zoals de nota van 25 juni 2001 over wonen en zorg op maat, het in maart 2001 afgesloten convenant VWS/ZN/CVZ over de taken en beheerskosten van de zorgkantoren en de nota van 6 juli 2001 over de vernieuwing van het zorgstelsel.

Centraal in de nota «Zicht op Zorg» staat het maken van de omslag van een aanbod- naar een vraaggestuurd systeem met het oog op zorg op maat voor de cliënt. In samenhang daarmee staat het n.a.v. het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ» gepresenteerde kabinetsstandpunt over de persoonsgebonden bekostiging. Om deze vraagsturing te operationaliseren maakt versterking van de verzekeraarsfunctie in de AWBZ deel uit van de moderniseringsvoorstellen. In het licht van de ontwikkelingen sinds het presenteren van de nota «Zicht op Zorg» biedt deze projectbeschrijving de gelegenheid het programma van de in de komende jaren uit te voeren activiteiten in een samenhangend geheel bij elkaar te brengen.

Om tot een heldere inkadering van de diverse activiteiten te komen zijn een viertal implementatielijnen onderscheiden conform de indeling in «Zicht op Zorg» en de uit het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ» voortvloeiende persoonsgebonden bekostiging.

De implementatie is daarmee ingedeeld in vier trajecten:

- deeltraject 1: inpassen van persoonsgebonden bekostigingsvormen in de AWBZ
- deeltraject 2: versterken van de uitvoering
- deeltraject 3: scheppen van juridische randvoorwaarden
- deeltraject 4: aanwijzen en monitoren van koplopers.

Deze nota volgt de volgende opbouw. Hoofdstuk 2 beschrijft de aanleiding voor de modernisering. In dit hoofdstuk wordt kort teruggeblikt op o.a. de behandeling door de Tweede Kamer en de daaraan verbonden conclusies. Hoofdstuk 3 beschrijft de doelen en inspanningen van het groot project modernisering AWBZ. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt in een doel-inspanningen-netwerk het kader weergegeven voor het groot project. Hoofdstuk 4 geeft de afbakening en de randvoorwaarden van het project aan. In hoofdstuk 5 worden vervolgens de genoemde inspanningen per deeltraject uitgewerkt en wordt voorzover mogelijk aangegeven welke concrete activiteiten uitgevoerd gaan worden en op welke termijn dit resultaten oplevert. Hoofdstuk 6 beschrijft de besturing van het project en

hoofdstuk 7 geeft tenslotte een overzicht van het budget dat voor dit project is gereserveerd.

2. AANLEIDING VOOR MODERNISERING

2.1 De modernisering van de AWBZ: een stand van zaken

In de nota «Zicht op Zorg» wordt de modernisering AWBZ in beleidsmatige termen beschreven. In die nota wordt sterk benadrukt dat «Zicht op Zorg» geen blauwdruk voor vernieuwing of verandering is. «Zicht op Zorg» sluit aan op veranderingen die zich in het veld zelf voltrekken. «Zicht op Zorg» probeert die verschillende veranderingen onder één noemer te brengen: de omslag van een in essentie aanbodgestuurd systeem naar een in essentie vraaggestuurd systeem. De tijd heeft, na het verschijnen en het bespreken van de nota «Zicht op Zorg» niet stil gestaan en, belangrijker nog, ook de veldpartijen zijn voortgegaan in de richting van meer vraaggestuurde zorg. De projectbeschrijving van het groot project vloeit niet alleen voort uit de inhoud van «Zicht op Zorg», maar beoogt tevens de ontwikkelingen te omvatten die zich tot juni 2000 hebben voorgedaan. Die ontwikkelingen betreffen met name de voortgang met betrekking tot de trajecten waarover ik in mijn brief van 10 maart 2000 over de motie Van Vliet (nr. 5) heb gemeld dat deze verder worden geïmplementeerd. Daarbij gaat het onder meer om de indicatiestelling, de uitbouw van het PGB zoals uiteengezet in mijn brief van 17 juli 2001 en de aanpak van de wachtlijsten.

2.2 Wat er verder aan vooraf ging

De nota «Zicht op Zorg» is op 21 februari 2000 besproken in de Tweede Kamer. In dit overleg zijn door de Tweede Kamer een aantal kritische vragen gesteld. Deze vragen hadden met name betrekking op de uitvoerings- en beheersstructuur.

De discussie over de uitvoeringsstructuur richtte zich op de (juridische) positie van de regionaal gesitueerde zorgkantoren. De discussie over de beheersstructuur spitste zich o.a. toe op de vraag in hoeverre een wettelijk verzekerde aanspraak op zorg zich verhoudt met een systeem van macrokostenbeheersing. Op dit punt heeft de Kamer heeft aangedrongen op een advies van de landsadvocaat.

Naar aanleiding van het nota-overleg heeft de Kamer de besluitvorming over de voorgestelde uitvoerings- en beheersstructuur opgeschort in afwachting van een nadere nota over deze onderwerpen (motie Van Vliet, Kamerstukken II, 1999–2000, 26 361, nr. 5).

Bij brief van 10 maart 2000 (Kamerstukken II, 1999–2000, 26 631, nr. 7) heb ik gereageerd op deze motie. Conform het gestelde in deze brief zijn sindsdien geen initiatieven genomen inzake het positioneren van het zorgkantoor en de daarmee samenhangende verankering daarvan, het verder invullen van het begrip regiovisie en het starten van experimenten/koplopers in het kader van «Zicht op Zorg». Wel is gewerkt aan het wegwerken van de wachtlijsten, de flexibilisering van de aanspraken en het ontwikkelen van meer vraaggestuurde zorg door middel van PGB/PVB op basis van het gestelde in de brief van 10 maart 2000. Vervolgens is bij brief van 27 juni 2000 de nota «Aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ» (Kamerstukken II, 1999–2000, 24 036 en 26 631, nr. 166) aangeboden aan de Tweede Kamer.

Kern van de vervolgnota is dat het kabinet benadrukt dat het vormgeven aan vraagsturing van de AWBZ vraagt om een krachtige uitvoerder van de

AWBZ. Er is, zo stelt het kabinet, op dit moment geen andere mogelijkheid dan vooralsnog het zorgkantoor die functie te laten uitvoeren op basis van mandaat van de uitvoeringsorganen. Elke andere keuze leidt tot een vertraging in het traject gericht op een vraaggestuurde uitvoering van de AWBZ en het uitgaan van de huidige constellatie is stelselneutraal. Een vraaggestuurde uitvoering die noodzakelijk is om het gelijktijdig met de vervolgnota aan de Tweede Kamer op 27 juni 2000 aangeboden kabinetsstandpunt op het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ» te implementeren.

Essentie van dat standpunt is dat de in het MDW-rapport uitgezette koers richtinggevend is en dat dit in nauwe samenhang met de versterking van de verzekeraarsfunctie moet worden geëffectueerd.

Het kabinet noemt in de brief van 27 juni 2000 een aantal concrete onderwerpen die de komende twee jaar aangepakt zullen worden. Volledigheidshalve worden ze hier geciteerd:

- «het verder uitbouwen en versterken van de indicatiestelling;
- het verbeteren van de registratie van feitelijk geleverde zorg;
- vereenvoudigen van bouwprocedures en herziening van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen;
- het vergroten van de vrije marge voor zorgvernieuwing in de CTG-beleidsregels;
- het versterken van de regionale afweging bij de inzet van middelen (o.a. t.b.v. wegwerken van de wachtlijsten);
- het verder flexibiliseren van de aanspraken;
- het in kaart brengen van omslagpunten intramuraal/extramuraal;
- het beschikbaar hebben van een set producten met (maximum) productprijzen per sector;
- het beschikbaar hebben van cliëntregistraties;
- het uitwerken van het PGB/PVB-nieuwe stijl;
- een systeem van visitatie en benchmarking van zorgkantoren;
- het geleidelijk afschaffen van de contracteerplicht in de AWBZ;
- het versterken van zorgkantoren, zodanig dat zij het werk dat uit het voorgaande voortvloeit ook aankunnen».

Deze onderwerpen zijn, samengevat, te ordenen langs eerder genoemde deeltrajecten en kunnen als vanzelfsprekend teruggevonden worden in de projectbeschrijving van het groot project Modernisering AWBZ.

In essentie betekent de modernisering van de AWBZ het maken van de omslag van aanbod- naar vraagsturing door het vergroten van de keuzevrijheid, de keuzemogelijkheden en (mede)zeggenschap van de klant en het ten behoeve van die omslag versterken van de uitvoering en het beheersinstrumentarium zodat de geïndiceerde zorg doelmatig kan worden geleverd.

Het geheel geschiedt in een stelselneutrale context: er is geen sprake van een wettelijke verankering van zorgkantoren. De mandaatconstructie wordt daarbij als een overgangssituatie geschetst. Waar op termijn in het kader van besluitvorming over het zorgstelsel veranderingen worden voorgesteld die van invloed zullen zijn op de in de moderniseringsvoorstellen voorgestane wijzigingen, zullen deze moderniseringsvoorstellen en daarmee dit projectplan worden aangepast. In de nota over het stelsel van 6 juli 2001, getiteld «Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel» wordt voorgesteld dat (risicodragende) zorgverzekeraars op termijn de functie van de zorgkantoren overnemen. Gelet op het daarin geschetste tijdpad, waarbij allereerst gewerkt wordt aan het vervangen van het huidige duale verzekeringsstelsel voor het tweede compartiment

door één algemene verzekering curatieve zorg, zal de overgangssituatie in ieder geval de periode tot 2005 beslaan.

In het nota-overleg van 5 februari 2001 is de in het MDW-rapport uitgezette koers op hoofdlijnen door de Tweede Kamer onderschreven. Door de Staatssecretaris is toegezegd de invoering van de modernisering van de AWBZ en vereenvoudiging PGB te versnellen. De uitwerking daarvan is neergelegd in de brief van 17 juli 2001. De strekking van deze brief is weergegeven in paragraaf 5.2 van de projectbeschrijving.

3. DOELEN EN INSPANNINGEN VAN HET GROOT PROJECT

3.1. Problemen in het huidige stelsel

Een goede oriëntatie op de wensen en behoeften van patiënten is in de huidige aanbodgestuurde organisatie van de zorg niet mogelijk. De huidige organisatie van de AWBZ-gefinancierde zorg kent hardnekkige knelpunten, zowel in kwalitatieve als in kwantitatieve zin, die vraagsturing in de ware betekenis onmogelijk maakt.

3.1.1 Kwalitatieve knelpunten

De zorg die op basis van de AWBZ geleverd wordt, kenmerkt zich vooral door aanbodsturing (of nog preciezer: sturing via de aanbieder). De verzekeringswet AWBZ is omgeven door de WZV en de WVG, die op aanbiedersniveau de bouw en de prijzen sturen en daarmee het volume en de kosten beheersen. De cliënt heeft aanspraken die verknoopt zijn met een aanbieder. In dit systeem staat niet zozeer de gevraagde zorg voorop, maar het aanwezige aanbod. Wanneer het aanbod er niet is, resteert de wachtlijst.

In deze aanbodgestuurde zorg is de cliënt niet zozeer subject, maar object van zorg met weinig mogelijkheden tot beïnvloeding en weinig verantwoordelijkheid in het proces van hulpvraag tot zorgrealisatie.

De cliënt heeft weinig mogelijkheden zelf greep te krijgen op de zorg waarvoor hij of zij verzekerd is. Dit verstarde aanbodgerichte stelsel past niet bij de toenemende maatschappelijke vraag naar flexibiliteit en vraaggerichtheid in de AWBZ-zorg.

3.1.2 Kwantitatieve knelpunten

In de dagelijkse praktijk zijn de aanbieders op basis van de budgettering gebonden aan een budget. Overschrijding leidt in dit model tot een probleem voor de instelling. De zorg wordt in natura geleverd, de kosten worden beheerst en het tekort wordt in natura geparkeerd op de wachtlijsten.

In het huidige systeem is het zorgkantoor verplicht met elke toegelaten aanbieder een contract te sluiten. Overeenkomsten worden gesloten over te leveren productie, maar de aanbieder is van tevoren al verzekerd van de financiering. Het zorgkantoor heeft nu vooral een administratieve functie en heeft geen instrumenten om te onderhandelen over de prijs/kwaliteitsverhouding van de zorg. Dit leidt in het huidige stelsel tot een vaak ondoelmatige besteding van middelen.

3.2 Doel en inspanningen

Als afgeleide van de knelpunten in het huidige aanbodgestuurde systeem van de AWBZ zoals hierboven kort beschreven, is er één hoofddoelstelling te onderscheiden bij de modernisering van de AWBZ:

De ombouw van de AWBZ van een in essentie aanbodgestuurd systeem naar een in essentie vraaggestuurd systeem en het ontwikkelen van een daarop geënt beheers-instrumentarium voor de uitvoering van de AWBZ en het in dat kader versterken van een doelmatige uitvoeringsstructuur.

Hieronder wordt de hoofddoelstelling kort toegelicht en wordt aangegeven welke inspanningen zijn of worden aangegegaan om deze doelstelling te realiseren. Tevens is aangegeven hoe de doelstelling geoperationaliseerd wordt teneinde te kunnen meten of na afloop van het groot project de doelstelling ook daadwerkelijk bereikt is.

Aan het eind van deze paragraaf is een schematisch overzicht opgenomen van het doel-inspanningen-netwerk (DIN) dat het kader biedt voor de uitvoering van het groot project modernisering AWBZ.

In 3.4 wordt nader ingegaan op de randvoorwaarden van kosten-beheersing en een meer doelmatige besteding van AWBZ-middelen.

3.3 Ombouw van de AWBZ van een in essentie aanbodgestuurd systeem naar een in essentie vraaggestuurd systeem

De ombouw naar een in essentie vraaggestuurd systeem moet er toe leiden dat de patiënt meer zorg op maat ontvangt. Het nieuwe vraaggestuurde stelsel neemt de zorgvraag als vertrekpunt en het zorgaanbod past zich daarop aan.

In een vraaggestuurd stelsel van zorg is een onafhankelijke objectieve en integrale indicatie onontbeerlijk. Op basis van de indicatiestelling wordt een integraal pakket van zorg geleverd. In een gemoderniseerde AWBZ heeft de patiënt ten principale na indicatiestelling de keus om te kiezen tussen PGB of zorg in natura (persoonsvolgende bekostiging).

Uit bovenstaande doelstelling zijn de volgende afgeleide subdoelstellingen te herleiden:

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

3.3.1 De klant centraal

Het centraal stellen van de cliënt veronderstelt het serieus nemen van de cliënt als mondige burger, die zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn of haar eigen situatie. Tegelijkertijd dienen de keuzemogelijkheden te worden uitgebreid.

– invoering van persoonsgebonden bekostiging

Het centraal stellen van de cliënt komt in het nieuwe stelsel mede tot uiting doordat de cliënt de keus heeft om na de indicatiestelling te kiezen voor PGB of zorg in natura. Indien de klant kiest voor PGB, dan wordt na de indicatie door het zorgkantoor een PGB toegekend. Indien de klant kiest voor zorg in natura heeft hij/zij de mogelijkheid de geïndiceerde zorg om te zetten in een arrangement bij één of meer zorgaanbieders die door het zorgkantoor zijn gecontracteerd. De klant kan ook zelf een zorgarrangement samenstellen bij verschillende door het zorgkantoor gecontracteerde aanbieders. De klant kan switchen naar een andere gecontracteerde zorgaanbieder wanneer de zorgverlening naar de mening van de klant niet aan de eisen voldoet. In beide gevallen wordt de in natura te leveren zorg persoonsvolgend bekostigd.

tigd. Over de te leveren zorg door aanbieders sluit het zorgkantoor contracten met aanbieders waarbij de te leveren producten binnen de geïndiceerde functies vallen. Indien de klant kiest voor PGB dan onderhandelt de klant zelf met aanbieders van zijn keuze over het zorgarrangement en de prijs die daarbij hoort.

- *flexibiliseren en functioneel omschrijven van aanspraken en ontschotting*

Het centraal stellen van de cliënt komt in het nieuwe stelsel tot uiting doordat de hulpvraag van de cliënt het uitgangspunt wordt bij het verlenen van zorg op maat.

Door het flexibiliseren van de (deel)aanspraken wordt het beter mogelijk daadwerkelijk zorg op maat te leveren aan de zorgvrager. Het functioneel omschrijven van die aanspraken – met dezelfde functies voor PGB als zorg in natura – leidt tot ontkoppeling van de aanspraken van de aanbieders. Daardoor ontstaan er voor zorgaanbieders mogelijkheden om hun expertise meer gericht op de wensen van de cliënt in te zetten. Voor de cliënten worden de keuzemogelijkheden vergroot, omdat verschillende zorgaanbieders verschillende zorgarrangementen mogen leveren zodat op termijn ook de schotten tussen de AWBZ-sectoren V&V, GZ en GGZ kunnen worden geslecht.

- *ondersteunen van regionale cliënt- en patiëntenorganisaties*

Niet alleen moet de cliënt meer keuzevrijheid hebben; de cliënt moet, als mondige burger, ook meer gehoord worden. In de afgelopen jaren is de rechtspositie van de cliënt versterkt, waardoor meer invloed kan worden uitgevoerd op de aangeboden zorg (denk bijvoorbeeld aan de WGBO, WMCZ, Wet klachtrecht en de Kwaliteitswet), maar nog niet op de organisaties in de zorgketen.

Om dit te bereiken zal de invloed van patiënten en cliënten organisaties moeten worden versterkt. Concreet moet worden gezien hoe de positie van de patiënten- en cliëntenorganisaties ten opzichte van indicatieorganen en zorgkantoren kan worden versterkt zowel in bestuurlijk opzicht als in faciliterende zin.

In het verlengde daarvan is de vraag aan de orde of de bestuurlijke positie van zorgaanbieders m.n. in relatie tot de indicatieorganen en de zorgkantoren (Raad van Advies) herijking behoeft.

3.3.2 Een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling voor alle AWBZ-sectoren

- *versterken van de indicatiestelling nieuwe stijl*

Voor het tot gelding brengen van een aanspraak is indicatiestelling vereist. In de gemoderniseerde AWBZ hebben de regionale indicatieorganen (RIO's) een belangrijke rol als toegangspoort tot de zorg. De RIO's zullen daarom ondersteund worden bij de verdere professionalisering. In de brief aan de Tweede Kamer van februari 1996 zijn de hoofdlijnen voor de indicatiestelling nieuwe stijl neergelegd. In de voortgangsbrief van 12 mei 1997 zijn deze hoofdlijnen verder uitgewerkt en geoperationaliseerd, waarbij gekozen is voor een gefaseerde invoering. Laatstelijk is bij voortgangsbrief van 31 mei 2000 gerapporteerd. Bij de indicatiestelling nieuwe stijl worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- de indicatiestelling is onafhankelijk van (de beschikbaarheid) van het zorgaanbod, zodat de werkelijke zorgbehoefte van de cliënt kan worden bepaald. De indicatiestelling dient dus daadwerkelijk vraaggericht en niet aanbodgericht te zijn;
- de indicatiestelling is objectief en professioneel op basis van uniforme, landelijk ontwikkelde protocollen;
- de indicatiestelling is integraal en beoogt vanuit de optiek van de cliënt samenhang te brengen tussen zorg, wonen en welzijn (in regelgeving AWBZ en Wvg);

- de indicatiestelling gaat uit van AWBZ-brede functies.

3.3.3 Een betere afstemming tussen zorgaanbod en zorgvraag

- *versterken van de verzekeraarsfunctie*

In het realiseren van een betere afstemming tussen zorgaanbod en zorgvraag speelt het zorgkantoor een belangrijke rol, als uitvoerder van de verzekering daartoe gemandateerd door de uitvoeringsorganen. Het zorgkantoor dient op basis van de wettelijke zorgplicht ervoor zorg te dragen dat er voldoende zorg beschikbaar is in kwalitatieve en kwantitatieve zin.

In het kader van het groot project zal de verbetering van de uitvoering daarom ondersteund worden zodat de verzekeringsfunctie adequaat kan worden uitgevoerd.

In de nota over het stelsel van 6 juli 2001 getiteld «Vraag aan bod» wordt voorgesteld om op termijn de AWBZ uit te laten voeren door (risicodragende) zorgverzekeraars. In dat verband wordt in het kader van het groot project de zorgkantoorconstructie als een overgangssituatie bestempeld.

Zowel het verder ontwikkelen van het beheersingsinstrumentarium, als het voorbereiden van een keuze voor de uitvoeringsstructuur zijn zaken die in het kader van dit project in het werkprogramma worden opgenomen.

- *scheppen van juridische randvoorwaarden voor versterking van de verzekeraarsfunctie*

Om een vraaggeoriënteerde zorginkoop te bereiken is het van belang dat er beleidsrijke contracten kunnen worden afgesloten met zorgaanbieders met inachtneming van door het CTG berekende maximumprijzen. Om dit te realiseren zal het overeenkomsten model aangepast moeten worden, moeten de toelatingsmogelijkheden van bestaande aanbieders van zorg worden verruimd, moeten er nieuwe aanbieders van zorg toegelaten kunnen worden en moet de contracteerverplichting voor zorgkantoren geleidelijk worden afgeschaft. Een noodzakelijke voorwaarde hiervoor is een juridisch helder gedefinieerde uitvoeringsverantwoordelijkheid voor de verzekering.

- *herijking van het toelatingsbeleid*

Aan de kant van de aanbieder (aanbod) wordt het keurslijf van de huidige aanspraken doorbroken. De toelating zal worden aangepast zodat het mogelijk zal worden voor meer aanbieders om toe te treden tot de «markt». Het gaat daarbij zowel om nieuwe aanbieders als over mogelijkheden voor bestaande aanbieders om over de schotten van de AWBZ-sectoren heen zorg te kunnen leveren. In het kader van het toelatingsbeleid zal de vigerende wetgeving worden getoetst op volledigheid uit oogpunt van kwaliteit en bedrijfsvoering te stellen eisen. Daarbij past dat met het loslaten van de klassieke instellingsgebonden aanspraken, de toelatingscriteria voor aanbieders worden aangescherpt.

- *zorgen voor uniforme registraties in alle schakels van de keten*

Tot slot wordt de zorgketen transparant gemaakt. Op alle schakels in de keten komen uniforme registraties zodat steeds objectieve informatie beschikbaar is over de werkelijke relatie tussen zorgvraag, geïndiceerde zorg, de geleverde zorg en – wat dan nog resteert – de wachtlijst.

- *bestuurlijke vormgeving*

Een betere afstemming tussen vraag en aanbod wordt tevens bevorderd door de positie van patiënten en cliënten organisaties ten aanzien van de uitvoerder van het inkoopbeleid te versterken (zie 3.3.1).

3.3.4 Wordt de AWBZ ook daadwerkelijk meer vraaggestuurd?

De cruciale vraag, die na het uitvoeren van het groot project modernisering AWBZ aan de orde is, is of de AWBZ daadwerkelijk meer vraaggestuurd zal zijn na de afronding van het project.

Dat komt tot uitdrukking in het centraal stellen van de vraag van de cliënt in de keten, te beginnen bij de indicatiestelling en vervolgens in de zorgtoewijzing en de zorgverlening van vraag tot aanbod. In dat verband is het ook van belang de samenhang met aanpalende terreinen in het beleid vorm te geven.

In het kader van het groot project zal deze definitie als uitgangspunt dienen. Er zal worden nagegaan of door indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders daadwerkelijk beter wordt ingespeeld op de behoeften en wensen van de cliënt.

3.4 Randvoorwaarden: uitvoeringsstructuur gericht op een doelmatige uitvoering van de AWBZ

Het verzekeringskarakter en de noodzaak van een beheerste ontwikkeling van de collectieve middelen vragen om een doelmatige afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod.

Dit macrobeleid krijgt zijn vertaling in het contracteerbeleid in de regio. In de nota van 27 juni 2000 («Aanspraken en uitvoeringsorganisaties AWBZ») is mede op basis van uitspraken van de rechter vastgesteld dat op de uitvoeringsorganen c.q. zorgkantoren een zorgplicht rust ten opzichte van de verzekerde.

De inzetbare middelen dienen in ieder geval dusdanig te zijn, dat aan de zorgplicht kan worden voldaan. Dit past in het concept van vraagsturing; de (geïndiceerde) vraag stuurt de kwantiteit en kwaliteit van het vereiste aanbod.

Met de omslag van aanbodsturing en -beheersing naar vraagsturing is van belang dat er voldoende garanties bestaan dat er sprake is van een doelmatige besteding van de AWBZ-middelen. In toenemende mate is bij vraagsturing de sturing op de toegang van belang.

Daarbij gaat het enerzijds om een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling, en anderzijds om de ontwikkeling van omslagpunten. Daarvoor is zoals in 3.3 aangegeven een versterking van de uitvoeringsstructuur, ondermeer met betrekking tot de indicatieorganen en zorgkantoren, vereist. In het kader van het groot project zullen in het kader van een meer doelmatige besteding van AWBZ-middelen de volgende activiteiten worden ondernomen.

– *omslagpunten*

In de brief van 17 juli 2001 over de modernisering van de AWBZ en vereenvoudiging PGB is aangegeven dat de aan de klassen gekoppelde bedragen/waarden per functie moeten worden genormeerd. Bij de berekening van de waarden zal uit oogpunt van doelmatigheid een bepaalde correctie voor geclusterde zorgverlening worden toegepast. Een collectieve verstrekking van zorg in natura in een instelling biedt immers schaalvoordelen en er dient geen financieel voor- of nadeel voor de klant te ontstaan tussen de zorg in natura en pgb.

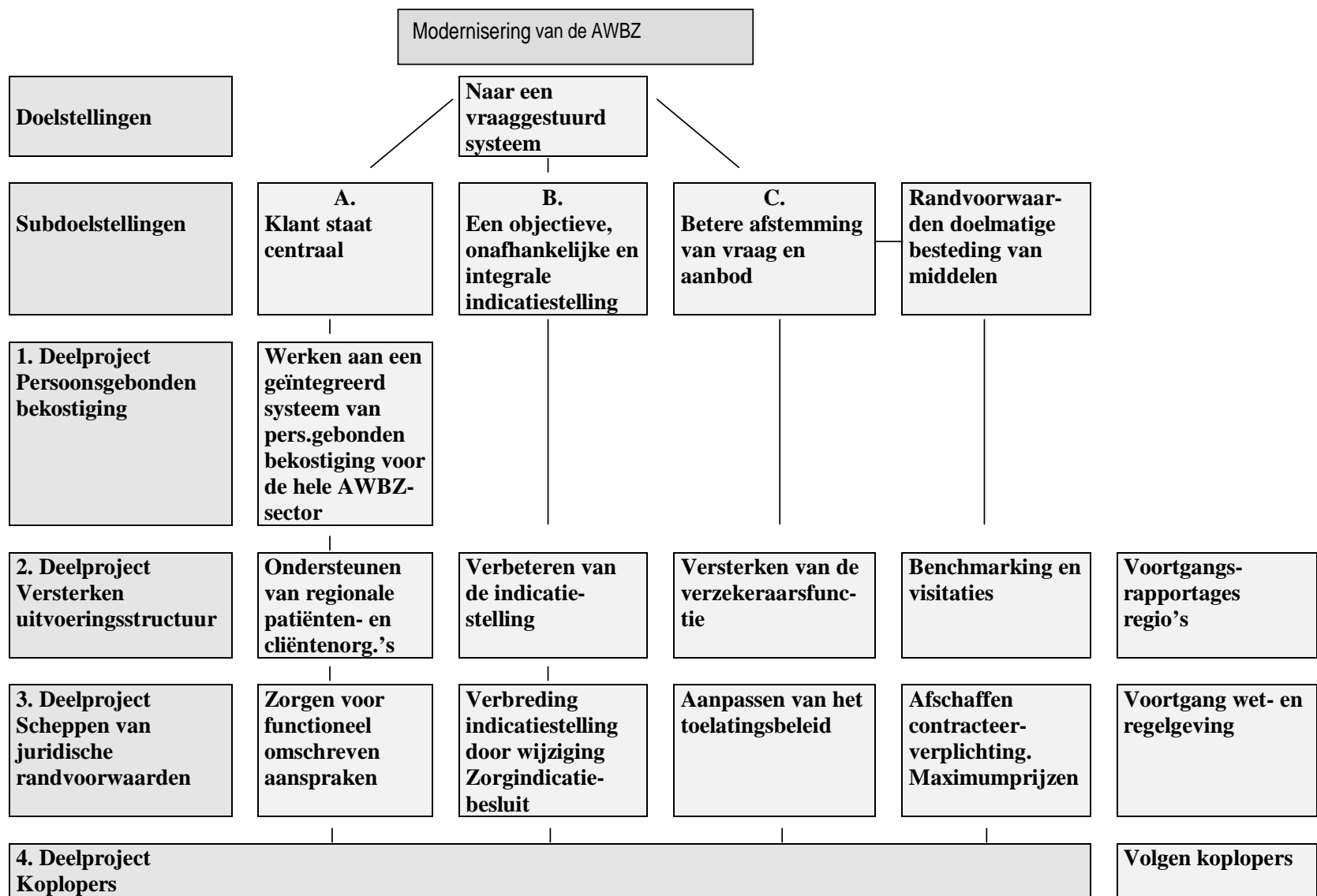
– *afschaffen contracteerverplichting*

De nu nog bestaande verplichting om met elke toegelaten aanbieder een contract te sluiten moet geleidelijk verdwijnen. Het zorgkantoor kan – daartoe gemandateerd – zich met andere woorden bij het contracteren laten leiden door de beste prijs/kwaliteit verhouding van het zorgaanbod.

- *benchmark op doelmatigheid*
Er zal benchmarking van zorgkantoren en de aanbieders worden ingevoerd. Het zorgkantoor krijgt hiermee inzicht in de kwaliteit in relatie tot de doelmatigheid van deze aanbieders. Dit zal in overleg met het CvZ en het CTG worden vormgegeven en maakt onderdeel uit van het convenant VWS/ZN/CvZ van maart 2001.
- *prestatiegerichte bekostiging*
De prijs/kwaliteit verhouding kan tot uiting komen in de prijs die wordt afgesproken met de aanbieder en kan leiden tot uitbreiding van de productieafspraken met goed presterende instellingen. Daartoe wordt in de gemoderniseerde AWBZ een systeem van prestatiegerichte bekostiging ingevoerd, met maximumtarieven voor relevante prestaties.
- *bevorderen van concurrentie tussen aanbieders*
De toelatingssystematiek voor aanbieders zal in het kader van de modernisering worden aangepast, zodat het op termijn mogelijk is dat aanbieders AWBZ-breed zorgactiviteiten ontwikkelen. Met name door het functioneel omschrijven van aanspraken zal een gezonde competitie tussen aanbieders kunnen ontstaan en kunnen aanbieders zich ook op specifieke groepen en leefstijlen richten. Tegelijk met het aanpassen van deze toelatingssystematiek zullen de eisen voor toelating op het gebied van organisatie en bedrijfsvoering worden aangescherpt.

3.5 Doel- inspanningen-netwerk

In de bijgevoegde tekening is schematisch het doelinspanningen-netwerk weergegeven dat het kader biedt voor de uitvoering van het groot project modernisering AWBZ.



4 AFBAKENING EN RANDVOORWAARDEN

4.1 Context en randvoorwaarden

- *draagvlak*
In essentie is zorg de ontmoeting tussen een hulpvrager en een hulpverlener. In die ontmoeting krijgt de zorg gestalte en wordt de hulpvraag beantwoord. De overheid scheidt de voorwaarden voor het inrichten van het bestel om die zorg te leveren. Voor het welslagen van het groot project zijn de vernieuwingsbereidheid van de zorgaanbieders, de ideeën van de patiënten/cliënten organisaties, de inzet van de verzekeraars en de bijdrage van de RIO's essentieel. De provincies (de totstandkoming van de regiovisie) en de gemeenten (integratie Wvg en wonen/welzijn) kunnen in het kader van hun eigen verantwoordelijkheid een bijdrage leveren aan de beoogde samenhang tussen de zorg en aanpalende terreinen.
De betrokkenheid van deze partijen is gewaarborgd middels de projectstructuur en in het kader van het deelproject koplopers.
- *verschillende snelheden*
Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven zijn in het groot project verschillende vernieuwingstrajecten samengebracht en in een breder kader gezet. Dat betekent dat het project als geheel niet een duidelijk startmoment kent, maar op een incrementele wijze tot stand is gekomen. Als gevolg hiervan is het groot project een project van verschillende snelheden geworden, waarbij sommige activiteiten nog opgestart moeten worden, terwijl andere activiteiten al enige jaren lopen.
- *beheersing van kosten*
Ook in een gemoderniseerde AWBZ zal er sprake moeten zijn van een beheerste kostenontwikkeling. Er zal een helder zicht moeten zijn op de ontwikkeling van de vraag naar zorg en de mogelijke consequenties voor de financiële ramingen op macroniveau. In het kader van de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing moet ook een op vraagsturing gericht beheersingsinstrumentarium worden ontwikkeld en moet de uitvoeringsstructuur worden versterkt.
- *stap voor stap*
De modernisering van de AWBZ is een majeur veranderingstraject dat een aantal jaren zal vergen en in goed overleg met verschillende partijen meer concreet vorm moet krijgen. De overgang naar de gemoderniseerde AWBZ moet een geleidelijke overstap zijn, waarbij stap voor stap bestaande zekerheden worden vervangen door nieuwe instrumenten die de continuïteit van zorg bewerkstelligen.

4.2 Relatie met andere projecten

Het groot project modernisering AWBZ staat niet op zichzelf, maar heeft een duidelijke relatie met andere inhoudelijke dossiers van VWS zoals:

- de vervanging van de WZV door de WEZ;
- plan van aanpak wachtlijsten;
- ontwikkelingen modernisering cure;
- de ontwikkelingen met betrekking tot het zorgstelsel.

Vanuit de projectorganisatie zal voortdurend overleg en afstemming plaatsvinden met de verantwoordelijken voor deze dossiers. In de voortgangsrapportages zal worden aangegeven welke problemen zich eventueel voordoen en hoe deze worden opgelost.

5 IMPLEMENTATIE

5.1 Aanpak

Met de modernisering van de AWBZ willen we komen tot een stelsel dat als leidend principe de vraagsturing kent. De middelen die hiervoor ingezet worden zullen dan ook in dat licht bezien en beoordeeld moeten worden. Om de uitvoering van het groot project gestructureerd te laten verlopen zijn de verschillende inspanningen verdeeld over een viertal deelprojecten, te weten:

1. deeltraject persoonsgebonden bekostiging
2. deeltraject versterken van de uitvoeringsstructuur
3. deeltraject scheppen van juridische randvoorwaarden
4. deeltraject koplopers.

Gezien de afhankelijkheid van het project van tal van landelijke en regionale betrokkenen, is het onmogelijk om dit project vooraf geheel te structureren en te plannen. Dat is ook niet gewenst. Belangrijk is dat voortdurend wordt afgewogen welke activiteiten en instrumenten het meest effectief zullen zijn om de in hoofdstuk 3 beschreven doelen te realiseren. In de voortgangsrapportages zal hier verslag van worden gedaan.

In paragraaf 5.6 is het implementatietijdpad aangegeven van het groot project modernisering AWBZ. Dit tijdpad maakt zichtbaar welke de belangrijke beslismomenten in het project zijn. Gezien het majeure karakter van het project is het wel mogelijk de beslismomenten op korte termijn aan te geven, maar niet op lange termijn. In de halfjaarlijkse rapportages aan de Tweede Kamer (februari en september) zal zonedig het implementatietijdpad worden aangepast cq. aangevuld. Teneinde vertraging te voorkomen lopen deze beslismomenten niet altijd gelijk op met de halfjaarlijkse rapportages groot project. Met betrekking tot PGB, indicatiestelling en registratie lopen ook specifieke informatietrajecten richting Tweede Kamer. Deze praktijk zal ook tijdens de implementatie van de modernisering van de AWBZ gecontinueerd worden.

In de halfjaarlijkse rapportages in het kader van het groot project zal over de voortgang van de verschillende trajecten in volle breedte en in onderlinge samenhang worden gerapporteerd. In de rapportageplanner (zie par. 6.3) is aangegeven over welke onderwerpen op welk moment wordt gerapporteerd. In elke rapportage groot project zal in lijn met het implementatietijdpad de rapportageplanner zonedig worden aangepast cq. verder worden ingevuld.

5.2 Deeltraject 1: Persoonsgebonden bekostiging

In de gemoderniseerde AWBZ moet de cliënt na de indicatiestelling ten principale een keuze hebben tussen PGB of zorg in natura (persoonsvolgende bekostiging). Doel van dit deeltraject is de positie van de individuele zorgvrager te versterken en het faciliteren van zorg op maat. Daartoe zal een vorm van persoonsgebonden bekostiging ingepast moeten worden in de reguliere structuur van de AWBZ.

Een systeem van persoonsgebonden bekostiging vraagt in eerste instantie om het op individueel niveau vaststellen van de aard en de omvang van de zorgvraag. Vervolgens kan de verzekerde kiezen of voor een PGB (waarbij hij of zij na indicatiestelling kiest om zelfstandig het budget aan te wenden om de zorg te regelen) of voor zorg in natura waarbij de bekostiging de cliënt volgt. Dit betekent dat in het kader van de door het zorgkantoor gecontracteerde zorg bij aanbieders wordt afgerekend over aan klanten geleverde zorg. Het zorgkantoor is in beide gevallen verantwoordelijk voor de uitvoering.

– *harmonisering van bestaande PGB systemen*

Op dit moment bestaat er een PGB voor verstandelijk gehandicapten, één voor verpleging en verzorging en één voor de geestelijke gezondheidszorg. Vanaf 1 augustus 2000 is er een PGB voor intensieve thuiszorg ingevoerd. Tevens is een experiment m.b.t. een PGB voor de verpleeg- en verzorgingshuiszorg en voor de lichamelijk gehandicaptensector in gang gezet. De systematiek van de regelingen voor wat betreft vaststelling van de hoogte van budgetten en de reikwijdte van de zorgproducten waarvoor een PGB kan worden aangevraagd, vertonen verschillen.

In de brief van 17 juli 2001 aan de Tweede Kamer is de beoogde versneling van de modernisering van de AWBZ en de vereenvoudiging PGB nader uitgewerkt.

De essentie daarvan is de volgende:

- Invoering van een geharmoniseerde, uniforme en AWBZ-brede PGB-regeling
- Ontschotting geschiedt door invoering van een zevental AWBZ-brede functies met bijbehorende klassen die de omvang van de zorg aangeven. De functies gelden zowel voor PGB als zorg in natura. Alleen voor de functies verblijf en behandeling is een PGB vooralsnog niet mogelijk.
- De indicatiestelling zal op functionele leest worden geschoeid.
- Er worden bedragen/waarden gekoppeld aan de klassen per functie;
- Vanuit oogpunt van solidariteit en doelmatigheid worden omslagpunten gedefinieerd.
- Er moet een ontschotte AWBZ-brede systematiek voor de eigen bijdragen worden ontwikkeld.
- De uitvoeringsstructuur van de PGB wordt vereenvoudigd. Elementen: laten vervallen centrale administratie en vervangen van systeem van trekkingsrechten, besteding PGB binnen zorgdomein. In de julibrief zijn twee alternatieven op hoofdlijnen geschetst die nader zullen worden uitgewerkt.
- Controle op rechtmatigheid vindt plaats door zorgkantoren.
- Vernieuwing van het zorgaanbod door creëren mogelijkheid voor zowel bestaande als nieuwe aanbieders toelating te vragen per functie en zorgdomein.
- Via (uitvoeringsregelingen) WEZ worden beleidsmatige en bedrijfsmatige criteria gesteld aan de toelating.
- Over een zorgvuldige en uitvoerbare wijze van implementeren vindt (stand juli 2001) nog overleg plaats met alle betrokken partijen. De resultaten daarvan zullen voorafgaand aan de parlementaire behandeling van de brief van juni 2001 aan de Tweede Kamer worden voorgelegd.

In de voortgangsrapportages groot project zal conform het verzoek van de Tweede Kamer van 15 maart 2001 de voortgang van de in de brief van 17 juli 2001 genoemde trajecten worden gemonitord te weten: invoering nieuwe PGB-regeling, aanpassing regelgeving, functiegerichte indicatiestelling, definiëring van omvang in klassen, waardebeoordeling PGB, omslagpunten, eigen bijdrage en vereenvoudiging van de uitvoeringsstructuur.

Ook dit deeltraject is een majeure operatie waarvan het onmogelijk is van te voren in detail aan te geven welke activiteiten gedurende het project uitgevoerd zullen worden. Gedurende het project zal meer inzicht ontstaan in de uit te voeren activiteiten. In de reguliere rapportage over het groot project aan de Tweede Kamer zal steeds zoveel als op dat moment mogelijk worden aangegeven welke activiteiten wanneer uitgevoerd gaan worden.

5.3 Deeltraject 2: versterken van de uitvoeringsstructuur

5.3.1 Ondersteunen van patiënten- en cliëntenorganisaties

De patiënten- en cliëntenorganisaties ontwikkelen vanuit het perspectief van de zorgvrager, meningen, beleid en strategieën om het beleid van zorgaanbieders, zorgkantoren, indicatieorganen en overheid te beïnvloeden. Daarbij worden een vijftal functies onderscheiden:

- de beoordelingsfunctie (visie ontwikkelen, kennis opbouwen, plannen beoordelen)
- de verbeterfunctie (kwaliteitstoetsingen, toezien op verbeteringen)
- de transmissiefunctie (meebepalen en mede uitvoeren van de zorgvernieuwing)
- de informatiefunctie naar cliënten
- de ondersteuningsfunctie van vertegenwoordigers.

Belangrijk element in het groot project is de herijking van de posities van de actoren in de keten. Voor wat betreft de patiënten- en cliëntenorganisaties is van belang dat zij een inbreng hebben in de uitvoering van de AWBZ.

In het bijzonder speelt de rol en de verantwoordelijkheid ten aanzien van de zorgkantoren en de regionale indicatieorganen mede in relatie tot de rol van andere partijen in die organisaties.

In overleg met genoemde organisaties zal hier nader vorm aan moeten worden gegeven. In de voortgangsrapportages groot project zal nader worden ingegaan op de keuzes die daarbij moeten worden gemaakt en de eventuele formele vastlegging in wet- en regelgeving.

Vervolgens zal periodiek worden gerapporteerd over de implementatie van de nieuwe positionering van de patiënten- en cliëntenorganisaties. Deze herpositionering dient in 2004 geheel te zijn geïmplementeerd.

5.3.2 Verbeteren van de indicatiestelling

Met het versterken van de indicatieorganen worden de volgende doelen nagestreefd:

- *verbreden van de taken*
De taken van de RIO's worden verbreed met de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling in de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. In 1998 is de indicatiestelling voor de sector verpleging en verzorging onder het bereik van de RIO's gebracht. Voor de gehandicaptensector en de geestelijke gezondheidszorg zal dit in 2002 gebeuren. Voor de gehandicaptensector is het Zorgindicatiebesluit aangepast en voor de geestelijke gezondheidszorg zal dat in de loop van 2001 gebeuren. In dat kader wordt tevens gestreefd naar het opschalen van de RIO's van 85 naar ca. 60 RIO's. Tevens is het beleid erop gericht gemeenten te stimuleren de indicatiestelling voor de Wvvg, wonen en welzijn door de RIO's uit te laten voeren. In 2001–2003 zal het stimuleringsbeleid worden voortgezet, waarbij in de voortgangsrapportages over de regio's (zie 5.3.4) zal worden aangegeven welke resultaten worden geboekt.
- *kwaliteitsverbetering*
De ondersteuning van de RIO's zal erop gericht zijn een kwaliteitsverbetering tot stand te brengen door:
 - het functiegericht maken van de indicatiestelling. De indicatiestelling dient gebaseerd te zijn op genoemde de in 5.2 genoemde zeven functies en de daarbij behorende klassen. Er dient een nieuw

- functiegericht protocol te worden ontwikkeld dat AWBZ-breed kan worden toegepast. Een opdracht daartoe is verleend aan het NIZW.
- het stimuleren van verdere professionalisering door scholing, opleiding en protocollering. Het verbeteren van de automatisering en registratie en het koppelen van de registratie van de RIO's aan de AWBZ-brede zorgregistratie. Deze wordt vanaf 1 april 2002 geëffectueerd.
 - het aan de hand van genoemde ketenbrede registratie genereren van beleidsinformatie over de geïndiceerde vraag. Met ingang van 1 april 2002 zal landelijk informatie beschikbaar zijn over de gestelde indicaties in het kader van de AWBZ-brede zorgregistratie.
 - het ontwikkelen en implementeren van eenvoudige, snelle en klantvriendelijke procedures bij eenvoudige/enkelvoudige aanvragen. Met LVIO en VNG zijn afspraken gemaakt om te bevorderen dat RIO's deze werkwijze implementeren. Gelijktijdig loopt een in december 2000 gestarte actie om de achterstanden bij de RIO's weg te werken, waarbij allereerst aanvragen die langer dan 6 weken (de wettelijke termijn) in behandeling zijn worden afgedaan. Het streven is om op termijn – d.w.z. eind 2001 – tot een termijn van maximaal 2 weken te komen. Conform het verzoek van de Tweede Kamer in de brief van 15 maart 2001 zal de ontwikkeling van de RIO's op dit punt worden gevolgd en zal in de halfjaarlijkse rapportages groot project hiervan verslag worden gedaan.

Uiterlijk 2003 moeten de regionale indicatieorganen zowel in kwalitatieve als in kwantitatieve zin in staat zijn een onafhankelijke, objectieve, integrale en functiegerichte indicatiestelling te verzorgen voor de drie AWBZ-sectoren aangevuld met de Wvg en voorzieningen voor wonen en welzijn.

Regelmatig zal worden getoetst of verbeteringen gerealiseerd zijn en of aanvullende activiteiten nodig zijn om de doelstelling te realiseren; hiervan zal in de voortgangsrapportage over de regio's (5.3.4) periodiek verslag worden gedaan.

Voorts wordt medio 2001 de evaluatie van de indicatiestelling nieuwe stijl afgerond en zal aan de hand van de uitkomsten worden gezien in hoeverre het beleid rond de indicatiestelling moet worden bijgesteld. In dit kader is ook het IBO-onderzoek «Toegang tot de zorg en indicatiestelling AWBZ» van belang. Dit recent gestarte onderzoek zal medio 2001 worden afgerond. De in het kader van het kabinetsstandpunt over dit onderzoek te trekken conclusies zullen waar nodig eveneens tot bijstelling leiden.

5.3.3 Versterken van de verzekeraarsfunctie

In het kader van de verzekeraarsfunctie worden een aantal belangrijke taken uitgevoerd.

- zorgen dat mensen hun AWBZ-aanspraken kunnen verzilveren
- inzicht verwerven in vraag en aanbod in de regio
- contracteren van voldoende vraaggerichte doelmatige AWBZ-zorg
- stimuleren dat afstemming plaatsvindt met aanpalende sectoren (werken, wonen en welzijn etc.), waardoor cliëntvriendelijke uitvoering tot stand komt.

Om deze taken te kunnen realiseren is versterking van de verzekeraarsfunctie op verschillende niveaus nodig: allereerst moet de verzekerde kunnen rekenen op kwalitatief goede dienstverlening. Daarnaast is adequate zorginkoop een vereiste. Voor het verantwoordelijk uitvoeren van deze taken is een uniforme registratie in de keten van vraag tot zorgverlening onmisbaar. Dat geldt voor het volgen van de vraag en de indicatie en het monitoren van de zorglevering. Het project zal erop gericht zijn de verzekeraarsfunctie voor wat betreft de bovengenoemde taken doeltreffend en doelmatig uit te rusten.

- *Vraaggestuurde zorgcontractering*
Met het oog op een doelmatige en kwalitatieve verantwoorde zorgcontractering is het wenselijk dat belemmeringen worden weggehaald waaronder de contracteerverplichting. Daarmee wordt concurrentie tussen zorgaanbieders bevorderd en de verzekeraarsfunctie versterkt.
- *Afspraken met ZN met betrekking tot prestaties*
De vorm en inhoud van het ondersteuningsprogramma voor de versterking van de verzekeraarsfunctie is ingevuld op basis van bestuurlijke afspraken tussen VWS en Zorgverzekeraars Nederland over de te leveren prestaties, met daaraan gekoppeld de omvang van de ondersteuning vanuit VWS. Deze zijn vastgelegd in een convenant VWS/ZN/CvZ van maart 2001. Er zal worden gemonitord of de resultaatsafspraken ook daadwerkelijk worden bereikt en welke aanvullende ondersteunende activiteiten eventueel nodig zijn. In de eerste rapportage groot project aan de Tweede Kamer (september 2001) zal verslag worden gedaan van de inhoud van de afspraken en de uitvoering daarvan. Dit betreft tevens de AWBZ-brede zorgregistratie waarover viermaal per jaar (2 maal samenvallend met de groot project rapportages) aan de Tweede Kamer zal worden gerapporteerd. Hiermee wordt voldaan aan het verzoek van de Tweede Kamer bij brief van 15 maart 2001 om tevens de (tijdelijke) plaats en positie van de zorgkantoren in het kader van het groot project te monitoren.
- *Volgen ontwikkelingen rond niet AWBZ-zorg*
In het licht van een verantwoorde uitvoering van de AWBZ moet rekening worden gehouden met regionale ontwikkelingen op het terrein van niet AWBZ-gefinancierde zorgsoorten. De regiovisie kan hierbij als afstemmingsinstrument worden benut. Bezien zal worden of een model kan worden ontwikkeld voor het volgen van de samenwerking en afstemming van AWBZ- en niet-AWBZ-zorg. In de september-rapportage aan de Tweede Kamer in 2001 zal hier voor de eerste keer aandacht aan worden besteed.
- *incentives voor meer doelmatigheid*
Een laatste aandachtspunt betreft de ontwikkeling van een incentive-structuur voor de verzekeraarsfunctie die een doelmatige uitvoering van de AWBZ moet bevorderen. Hiertoe worden in het kader van de uitvoering van het convenant VWS/ZN/CvZ van maart 2001 in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland en het CVZ in het jaar 2001 twee instrumenten ontwikkeld aan de hand waarvan de Tweede Kamer periodiek geïnformeerd zal worden, te weten visitatie en benchmarking.
De eerste informatie hierover zal de Tweede Kamer in de eerste reguliere rapportage (september 2001) worden toegestuurd opgenomen.

5.3.4 Voortgangsrapportage

Gedurende de looptijd van het groot project wordt nagegaan welke vorderingen er in de diverse regio's en bij de diverse actoren/aspecten worden gemaakt op het pad van de modernisering AWBZ. In de desbetreffende voortgangsrapportages wordt per betrokken organisatie (regionale indicatieorganen, zorgkantoren, patiënten- en cliëntenorganisaties) de stand van zaken weergegeven.

Het instrument is bedoeld om de voortgang te bewaken en te signaleren of en zo ja op welke punten er extra inzet geleverd moet worden om de gestelde projectdoelen tijdig te realiseren. Tweemaal per jaar wordt gemeten en de resultaten zullen worden weergegeven in de februari- en septemberrapportages aan de Tweede Kamer.

5.4 Deeltraject 3: scheppen van juridische randvoorwaarden

In dit deeltraject wordt gewerkt aan de juridische randvoorwaarden om de gewenste doelstelling te bereiken en het is in die zin ondersteunend aan de eerste twee deeltrajecten.

Op dit moment (juli 2001) worden in dit deeltraject de volgende activiteiten uitgevoerd.

- *flexibiliseren en functioneel omschrijven van de aanspraken*
Flexibilisering stelt zorgvragers en zorgaanbieders in staat de zorg in losse zorgonderdelen of combinaties daarvan te vragen en te leveren. Voor het indicatieorgaan is flexibiliseren van belang in verband met een indicatiestelling die zoveel mogelijk los staat van het institutionele aanbod. De aanspraken in de geestelijke gezondheidszorg zijn met ingang van 1998 geflexibiliseerd. Voor de sector verpleging en verzorging zijn de aanspraken als gevolg van de overheveling van de verzorgingshuizen naar de AWBZ met ingang van 2001 geflexibiliseerd. In de gehandicaptensector is de flexibilisering voor de verstandelijk gehandicapten met ingang van 1999 ingevoerd. Na de flexibilisering is het zaak de aanspraken te omschrijven in functiegerichte termen.
De functiegerichte omschrijving koppelt de te leveren zorg los van de aanbieder. Hierdoor vervallen de nu nog bestaande categoriale/sectorale schotten tussen aanbieders en wordt het mogelijk de toetredingsmogelijkheden tot de markt aanzienlijk te verruimen.
- *versterken zorginkoop*
Gekoppeld aan de functionalisering van aanspraken en het functiegericht maken van de toelating worden onder de WTG de beleidsregels aangepast met het oog op een prestatiegerichte wijze van bekostiging (boter bij de vis).
Concreet krijgt dat in alle sectoren vorm door de zorg in natura zoveel mogelijk te omschrijven in zorgproducten of zorgmodules. Het is de bedoeling een systeem van maximumtarieven in te voeren. Ook dit versterkt de zorginkoopfunctie van het zorgkantoor.
De ontwikkeling zal plaatsvinden in de periode 2000–2003
- *herziening overeenkomstenmodel en geleidelijk afschaffen van de contracteerverplichting*
Bij de herziening van het overeenkomstenmodel gaat het om twee zaken: het schrappen van de UVO/modelovereenkomst en het geleidelijk opheffen van de contracteerverplichting. Het eerste is nodig om het zorgkantoor te prikkelen om beleidsrijke contracten af te sluiten met aanbieders. Het tweede is van belang om het zorgkantoor de mogelijkheid te geven te contracteren op maat van de vraag van de klant. Het opheffen van de contracteerverplichting is zowel beleidsmatig als regelgevingstechnisch een majeure operatie, waarbij behalve de AWBZ ook de WTG en de WZV (voor wat betreft het capaciteitsbeleid en de kapitaallasten) betrokken zijn. Afschaffing van de contracteerverplichting is alleen realiseerbaar indien een adequaat bekostigingssysteem op basis van geleverde prestaties aanwezig is.
In 2003 kan gestart worden met de geleidelijke afschaffing van de contracteerplicht.
- *herijking van het toelatingsbeleid*
Het toelatingsbeleid zal primair worden gericht op kwaliteit in termen van zorg, bestuur en bedrijfsvoering en niet meer de capaciteit reguleren. Als gevolg hiervan zullen meer aanbieders tot de markt kunnen toetreden. Het wetsvoorstel (de WEZ) ter vervanging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen moet hiervoor een wettelijk kader bieden. Geplande datum van inwerkingtreding is 2003.

In de periode tot de inwerkingtreding van de WEZ zal ter bevordering van de bedrijfsmatige transparantie gebruik worden gemaakt van de huidige mogelijkheden, zoals de regelgeving inzake de jaarverslaglegging van zorginstellingen en de overeenkomsten (UVO's) tussen uitvoering van de AWBZ en de instelling. Vanaf 1 januari 2001 is ruimte gecreëerd om nieuwe thuiszorginstellingen mede in relatie tot het wegwerken van wachtlijsten toe te laten met inachtneming van vigerende regelgeving.

In de brief van 17 juli 2001 aan de Tweede Kamer over de verruiming van het zorgaanbod is opgenomen dat de toelating is gekoppeld aan de functiegerichte aanspraken. Door de toelating te enten op losse functies of combinaties daarvan kunnen bestaande aanbieders hun huidige functiepakket uitbreiden of inzetten op meerdere zorgdomeinen.

In 2003 zal worden nagegaan in hoeverre ook de vormgeving en uitvoering van de vigerende kwaliteitswetgeving (BIG en KZI) ongewenste belemmeringen voor toelating op de zorgmarkt in zich draagt. Bij de herijking van het toelatingsbeleid zal ook de regelgeving voor de kwaliteit van de gebouwen worden aangepast.

Het geheel moet resulteren in een set van minimaal aan de infrastructuur te stellen prestatie-eisen. Het College Bouw is om een uitvoerings-toets gevraagd.

Conform het gevraagde in de brief van de Tweede Kamer van 15 maart 2001 zal de toetreding van nieuwe aanbieders worden gevolgd. In de rapportages groot project zullen de effecten van de verruiming van de toelating worden gemeten, bijvoorbeeld de aantallen nieuwe aanbieders c.q. het aantal bestaande aanbieders dat ook andere functies gaat leveren.

5.5 Deeltraject 4: koplopers

Doel van het deeltraject Koplopers is om partijen die met de modernisering van de AWBZ beoogde vernieuwingen, zoals vraagsturing, ontschotting, inrichting van de keten e.d. met voorrang vorm willen geven te faciliteren. In dit traject kunnen slaag- en faalfactoren worden uitgewisseld. Het karakter van de ondersteuning is niet primair het bieden van financiële ondersteuning, maar het oplossen van eventuele knelpunten en belemmeringen en het organiseren van een netwerkstructuur waarin ervaringen kunnen worden uitgewisseld.

Naar aanleiding van de uitkomsten van het nota-overleg van 5 februari 2001 is het koploperstraject voorjaar 2001 gestart.

Per 3 juli 2001 is een internetsite over de Modernisering van de AWBZ gestart, waar koplopers ervaringen kunnen uitwisselen. Deze site zal verder worden uitgebouwd. Verder is met het oog op het belang van een goede communicatie rond zowel het koploperstraject als de Modernisering AWBZ in den brede begin 2001 een herstart gemaakt met de Nieuwsbrief Modernisering AWBZ. Tevens zullen conferenties en bijeenkomsten worden gepland ter uitwisseling van ideeën en vergroting van het draagvlak voor het beleid. De start vormde de manifestatie «Gaaf het zomeren in de zorg?» op 3 juli 2001 in Leiden.

Tijdens de uitvoering van het groot project zullen de ervaringen van koplopers met regelmaat worden gevolgd en gebundeld. In de eerste reguliere rapportage aan de Tweede Kamer (september 2001) zal het mogelijk zijn de opzet en eerste invulling van het koploperstraject melden. Voorlopig zal eerst het programma voor de periode van één jaar worden ingevuld, medio 2002 zal worden geëvalueerd en zal het programma zonodig worden bijgesteld.

5.6 Implementatietijdpad

In navolgend overzicht is het tijdpad aangegeven van de activiteiten genoemd in paragraaf 5.2 tot en met 5.5.

Implementatietijdpad groot project Modernisering AWBZ

Algemeen

- ontwikkeling model voortgangsrapportage regio's september 2001
- eerste meting voortgangsrapportage regio's februari 2002

Deeltraject 1: persoonsgebonden bekostiging

- nota versnelling persoonsgebonden bekostiging juli 2001
- definiëring functies juli 2001
- ontwikkeling klassen mbt omvang zorg, waardenbepaling tweede helft 2001
- ontwikkeling omslagpunten 2001
- ontwikkeling AWBZ-brede eigenbijdragesystematiek 2001
- vereenvoudiging uitvoeringsstructuur 2001-2002
- invoering geharmoniseerde PGB-regeling 2002
- experimenten PGB-LG 2000-2001
- ontwikkeling zorgproducten/prijzen/cliëntregistraties 2000-2003
- realisering gelijkwaardigheid PGB/natura p.m.

Deeltraject 2: versterken van de uitvoeringsstructuur

- Ondersteunen patiënten en cliëntenorganisaties
- nota patiënten/consumentenbeleid juni 2001
 - bestuurlijke positionering en facilitering regionale consumenten/patiënten najaar 2001

Indicatiestelling

- verbreding gehandicaptenzorg 1/1/2002
- verbreding GGZ 1/1/2002
- stimuleringsprogramma verbreding met Wvg 2001-2002
- koppelen registratie aan AWBZ-brede registratie vanaf 1/4/2002
- evaluatie ZIB medio 2001
- ontwikkeling AWBZ-breed functioneel protocol 2001
- genereren landelijke info over indicaties vanaf 1/4/2002

Versterken verzekeringsfunctie

- implementeren AWBZ-brede registratie 2001-2002
- versterken regionale afweging inzet (extra) middelen 2000-2004
- bestuurlijke afspraken VWS-ZN over te leveren prestaties maart 2001
- ontwikkeling visitatiesysteem zorgkantoren 2001
- ontwikkeling benchmarkingsysteem zorgkantoren 2001
- besluitvorming uitvoeringsorganisatie AWBZ 2002

Deeltraject 3: juridische randvoorwaarden

– invoering flexibilisering V&V	1/1/2001
– ontwikkeling prestatiegerichte bekostiging (boter bij de vis)	2000–2003
– afschaffen UVO/modelovereenkomst	2003
– start geleidelijk afschaffen contracteerplicht	2003
– start herijking toelatingsbeleid, baseren op functies	2002
– toets op belemmeringen in BIG en KZI	2003
– aanpassing regelgeving kwaliteit gebouwen	jaarlijks aanpassing
– aanpassing eigendomsbeleid vastgoed	jaarlijks
– wettelijke verankering regiovisie	2003

Deeltraject 4: koplopers

– ontwikkeling aanpak koplopers	september 2001
– start site <i>www.opkopzorg.nl</i>	juli 2001

6. BESTURING VAN HET PROJECT

In de voorgaande hoofdstukken is de aandacht uitgegaan naar de inhoud van het groot project modernisering AWBZ. In dit hoofdstuk wordt het model voor de besturing van het project beschreven.

Achtergrond hiervan is dat een duidelijke sturing, net zoals heldere monitoring van de voortgang en explicitering van de relatie tussen de verschillende deelprojecten van groot belang is voor het slagen van het groot project.

Binnen een projectorganisatie moeten afspraken gemaakt worden omtrent voortgangsbewaking, taakverdeling van het inhoudelijk werk en de uitoefening van bevoegdheden gegeven de verantwoordelijkheden. Daarnaast moeten samenwerking en communicatie binnen de projectorganisatie bewaakt worden. Dit geldt in het bijzonder wanneer er sprake is van verschillende deeltrajecten, die onderdeel zijn van een groter project. Wanneer deze deeltrajecten alleen maar worden opgepakt als een aantal losse projecten, bestaat de kans dat het groot project na verloop van tijd uitgroeit tot een onbeheersbare mêlée zonder plan en samenhangende gerichtheid van het werk.

6.1 De organisatie van het project

In de organisatie van het groot project worden de in deze paragraaf genoemde actoren onderscheiden.

- *politiek niveau*
De Staatssecretaris van VWS is politiek verantwoordelijk voor het groot project modernisering AWBZ.
- *beleidsniveau*
Ambtelijk opdrachtgever voor het groot project is de Directeur-Generaal Zorg. De DG Zorg zorgt ervoor dat de voorwaarden worden geschapen om het groot project goed uit te kunnen voeren. De DG Zorg is verantwoordelijk voor het behalen van de algemene doelstellingen van het groot project.

De DG Zorg zit een stuurgroep voor van directeuren van de zorginhoudelijke directies voor verpleging, verzorging en ouderen, gehandicaptenbeleid, geestelijke gezondheidszorg en van de directies zorgverzekeringen, financieel-economische zaken, wetgeving en juridische zaken en gezondheidsbeleid. Deze stuurgroep ziet erop toe dat lijnzaken en projectzaken in afstemming me elkaar plaatsvinden. De projectdirecteur Modernisering AWBZ is secretaris van de stuurgroep.

Op DG-niveau vindt eveneens afstemming plaats met andere departementen, m.n. Financien, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Economische Zaken.

– *coördinatieniveau*

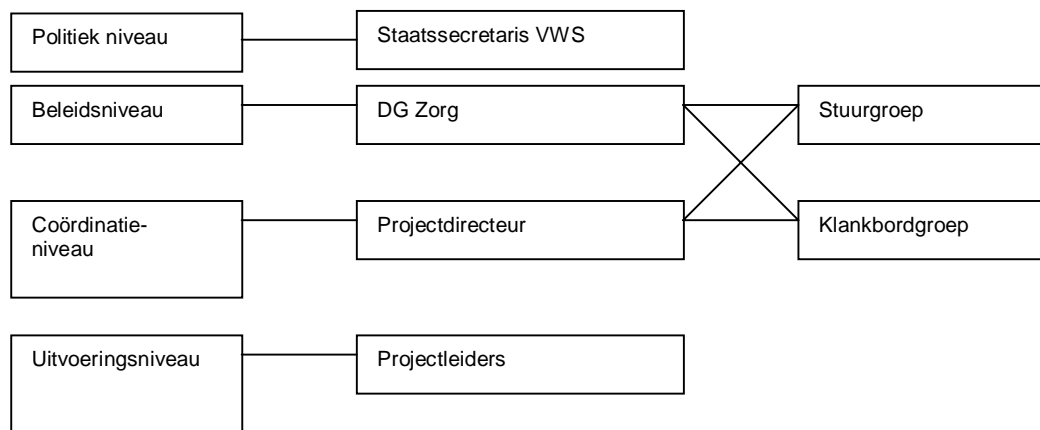
Als opdrachtnemer voor het groot project modernisering AWBZ fungeert de projectdirecteur Modernisering AWBZ. Deze treedt op als projectdirecteur en is verantwoordelijk voor de coördinatie tussen de verschillende deelprojecten. De projectdirecteur is tevens verantwoordelijk voor het halen van de afgesproken resultaten.

Er is een klankbordgroep onder voorzitterschap van DG Zorg met als secretaris de projectdirecteur bestuurlijke operaties waarin alle belangrijke veldpartijen zijn vertegenwoordigd, waaronder patiënten/cliënten organisaties, zorgaanbieders, indicatie organen, zorgkantoren, gemeenten en provincies. Aangezien op deze veldpartijen bij de implementatie een groot beroep wordt gedaan, is het van belang voortdurend van hun draagvlak verzekerd te zijn. Voor het welslagen van het project is draagvlak bij veldpartijen cruciaal.

– *Uitvoeringsniveau*

Het groot project modernisering AWBZ bestaat uit vier deelprojecten. Elk deelproject wordt geleid door een deelprojectleider. Voor de implementatie van de AWBZ-brede zorgregistratie is gegeven het majeure karakter van deze operatie ook een deelprojectleider verantwoordelijk. De deelprojectleiders zijn verantwoordelijk voor het behalen van de voor hun deelproject beoogde doelen en afgesproken resultaten. Zij zijn tevens verantwoordelijk voor het periodiek aanleveren van informatie over de voortgang van hun deelproject. Bij elk van de deelprojecten wordt er in voorzien dat de uitvoeringsorganen en externe partijen (waaronder zowel veldpartijen als betrokken departementen) voor zover relevant bij de werkzaamheden betrokken zijn. Dit betreft onder meer de departementen van Financien, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Economische Zaken. De afstemming op beleidsniveau (zie boven) wordt op uitvoeringsniveau voorbereid zodat op beide niveau's betrokkenheid en expertise van diverse departementen is gewaarborgd.

De projectdirecteur en de projectleiders vormen samen het projectteam. Aan dit projectteam zijn een secretaris en enkele ondersteuners toegevoegd. Het projectteam is verantwoordelijk voor de operationele afstemming van de werkzaamheden van de verschillende deelprojecten. In een figuur weergegeven:



6.2 Monitoring van het project

Om de voortgang van het groot project periodiek in kaart te brengen zal het groot project op verschillende manieren gemonitord worden aan de hand van:

- voortgangsrapportages over de regio's
- monitor AWBZ-brede registratie
- volgen en bundelen ervaringen koplopers
- benchmarking en visitatie.

Deze periodieke metingen zullen zicht geven op het moderniseringsproces, op de rol van de actoren en voorts aanknopingspunten bieden voor verbetering.

- *Voortgangsrapportage over de regio's*
Belangrijke doelen van de modernisering van de AWBZ zijn het bereiken van vraagsturing en het versterken van de uitvoeringsstructuur voor een doelmatige uitvoering van de AWBZ. Halfjaarlijks zal gemeten worden of er vooruitgang is geboekt ten opzichte van de huidige situatie. Bijzondere aandacht zal worden geschonken aan de keten van indicatiestelling tot zorgverlening. De meetperiode zijn januari t/m juni en juli t/m december. Hiertoe zal in 2001 eerst een nulmeting worden gehouden. De resultaten daarvan worden verwerkt in de septemberrapportage groot project in 2001.
- *monitor AWBZ-brede registratie*
Viermaal per jaar wordt aan de Tweede Kamer gerapporteerd over de vorderingen bij de totstandkoming van de AWBZ-brede en ketenbrede registratie
- *koplopersmonitor*
Op basis van de te ontwikkelen aanpak van het koploperstraject (september 2001 gereed) zal worden gezien op welke wijze periodiek inzicht kan worden gegeven in de vernieuwingen die in regio's of bij partijen tot stand komt.
- *benchmarking en visitatie*
Bij deze vorm van monitoring staat de vergelijking tussen organisaties op kwaliteit en doelmatigheid centraal. Visitatie zal door betrokken instellingen zelf geïnitieerd moeten worden. Vanuit het groot project kan ondersteuning worden geboden. Op dit moment is overleg met CVZ en Zorgverzekeraars Nederland gaande voor de opzet van een

benchmark- en visitatiesysteem. Bij benchmarking is er een belangrijke rol weggelegd voor het CVZ als bestuurlijk verantwoordelijke voor het functioneren van de uitvoeringsstructuur.

De aard van het groot project Modernisering AWBZ brengt met zich mee dat effectmeting ten aanzien van de beoogde vraagsturing eerst mogelijk zal zijn nadat alle maatregelen zijn geïmplementeerd en het project is afgerond. De tussentijdse meting van de vorderingen en resultaten die zal worden weergegeven in de rapportages groot project zal derhalve niet het karakter van effectmeting hebben, maar van meting van de (mate van) realisatie van de voorgenomen maatregelen ten aanzien van het instrumentarium (wet- en regelgeving) en de uitvoering.

6.3 Rapportageplanner

Met de aanwijzing van de modernisering AWBZ als groot project heeft de Tweede Kamer aangegeven frequent geïnformeerd te willen worden over de voortgang van het project. Dit zal halfjaarlijks gebeuren in de vorm van een reguliere rapportage in februari en september. De eerste reguliere rapportage zal in september 2001 worden aangeboden. Uitgangspunt is dat de Tweede Kamer geïnformeerd wordt ruim voordat belangrijke beslissingen worden genomen in het kader van het groot project (zie ook par. 5.1).

Hieronder is een planning opgenomen van de rapportagemomenten aan de Tweede Kamer. Deze planning is op korte termijn meer concreet dan op langere termijn. In elke reguliere rapportage zal de rapportageplanner nader worden ingevuld.

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

F: Februari, S: September

7. BEGROTING

In deze begroting zijn de kosten verbonden aan de implementatie van het groot project Modernisering AWBZ uitgewerkt voor de onderscheiden jaren 2000 t/m 2004.

De begroting omvat alle activiteiten, die in het kader van dit project respectievelijk rechtstreeks onder de regie van dit project worden uitgevoerd. Daartoe behoort een aantal projecten, waarvoor een afzonderlijk budget is vastgesteld of aangewezen zoals het project met betrekking tot de realisatie van de AWBZ-brede zorgregistratie en het project met betrekking tot verbreding en professionalisering van de indicatiestelling. De reguliere exploitatiekosten verbonden aan de uitvoering van de indicatiestelling, de verzekeraarsfunctie etc. vormen geen onderdeel van de projectbegroting.

De begroting is samengesteld uit 4 rubrieken:

1. Personeels- en organisatiekosten. Naast de met het project gemoeide personeelslasten zijn de organisatiekosten, rapportage en communicatiemiddelen hierin opgenomen (1 en 5).
2. Deelproject persoonsgebonden bekostiging. Hier betreft het kosten gericht op onderzoek e.d. om het proces van harmonisatie van huidige regelingen en de ingroei in de reguliere AWBZ-structuur te faciliteren.
3. Deelproject versterking van de uitvoeringsstructuur bestaande uit een reeks van onderdelen, gericht op de positionering en kwaliteitsverbetering van de indicatiestelling en de verzekeraarsfunctie.
4. Deelproject Koplopers. Voor het maximaal benutten van de resultaten van de ontwikkelingen in de koplopersregio's is een netwerk nodig, waarin periodiek de ervaringen worden uitgewisseld.

Begroting 2001 groot project Modernisering AWBZ

Onderstaand treft u aan de geactualiseerde begroting 2001 (ten opzichte van de begroting die u op 19 december jl. hebt ontvangen) voor het groot project Modernisering AWBZ. Hierin zijn opgenomen de voor 2001 geplande uitgaven samenhangend met de modernisering van de AWBZ. Voor de jaren na 2001 zijn de bedragen weergegeven zoals reeds opgenomen in de begroting die u reeds op 19 december 2000 hebt ontvangen.

project begroting x f 1 mln	2001	2002	2003	2004
apparats- en algemene projectkosten				
personeel	1,9	1,9	1,9	1,9
materieel		-	-	-
algemene projectkosten	0,2	0,2	0,2	0,2
subtotaal	2,1	2,1	2,1	2,1
versterking uitvoeringsstructuur				
ondersteuningsprogramma indicatiestelling	1,7	1,7	1,7	1,7
kwaliteitsproject(en) indicatiestelling	75,9			
registratie project zorgkantoren	25,0			
subtotaal	102,6	1,7	1,7	1,7
PGB	1,3	0,3	0,3	0,3
koplopers	1,0	1,1	1,1	1,1
eindtotaal modernisering awbz	107,0	5,2	5,2	5,2

Een majeure post binnen de middelen die voor de kwaliteitsprojecten indicatiestelling beschikbaar zijn, is de subsidieregeling voor gemeenten

ten behoeve van het meer robuust maken van de RIO's (40 mln). Het betreft hier overigens in hoofdzaak gelden die in 2000 onbesteed zijn gebleven en via de eindejaarsmarge 2000–2001 zijn overgeheveld naar 2001. Bij Voorjaarsnota 2001 zijn voor enkele andere aspecten rond indicatiestelling aanvullende middelen beschikbaar gesteld.

Een actueel meerjarig beeld van de begroting modernisering AWBZ (jaren 2002–2004) zal na de publicatie van de begroting en Zorgnota 2002 worden gepresenteerd.