

Vergaderjaar 2001–2002

**26 631**

## **Modernisering AWBZ**

**Nr. 15**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 september 2001

In de projectbeschrijving van het groot project modernisering AWBZ van 17 juli 2001 heb ik aangegeven dat de Tweede Kamer tweemaal per jaar een rapportage zal ontvangen over de voortgang van het project, namelijk in september en in februari.

Bijgaand treft u de eerste rapportage van het groot project modernisering AWBZ aan.

De beleidsinhoudelijke ontwikkelingen rond de modernisering van de AWBZ en de vereenvoudiging van het persoonsgebonden budget, zoals verwoord in mijn brief van 17 juli 2001, zijn in de rapportage verwerkt.

Zoals ik in laatstgenoemde brief heb aangegeven, vindt in verband met een verantwoorde en zorgvuldige implementatie en de concrete invoeringsdata van de verschillende maatregelen nog overleg plaats met alle betrokken partijen. De resultaten daarvan zullen tijdig ten behoeve van het overleg met u over de brief van 17 juli 2001 aan u worden voorgelegd zodat over de concrete invoering meer duidelijkheid kan worden geboden. Na het overleg met de Tweede Kamer kan het implementatietijdpad verder worden ingevuld.

Conform de opzet van de projectbeschrijving van 17 juli 2001, wordt in de rapportage aandacht besteed aan de in de brief van de Tweede Kamer van 15 maart 2001 genoemde monitorpunten. In de eerste rapportage wordt voorts gevolg gegeven aan de motie Van Vliet (Kamerstukken 2000–2001, 27 401, nr. 37) waarin wordt verzocht om de Kamer te informeren over de voortgang van het opzetten van een centraal registratiesysteem voor de indicatiebesluiten. Zoals aangegeven, zal de AWBZ-brede zorgregistratie waaraan thans wordt gewerkt en waarover driemaandelijks wordt gerapporteerd, tevens de registratie van de door de RIO's gestelde indicaties omvatten.

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

# EERSTE RAPPORTAGE GROOT PROJECT MODERNISERING AWBZ

September 2001

<b>INHOUDSOPGAVE</b>	<b>blz.</b>
<b>1. INLEIDING</b>	<b>3</b>
<b>2. BELEIDSINHOUDELIJKE ONTWIKKELINGEN</b>	<b>4</b>
<b>3. VERSTERKEN VAN DE UITVOERINGSSTRUCTUUR VAN DE AWBZ</b>	<b>7</b>
3.1 De zorgketen	7
3.2 Indicatiestelling	7
3.3 Versterking verzekeringskarakter	12
3.4 AWBZ-brede zorgregistratie	16
3.5 Uitvoeringsstructuur PGB	19
3.6 Toelating en uitbreiding zorgaanbod	19
3.7 Versterken inbreng patiënten/cliëntenorganisaties	20
3.8 Randvoorwaarden	20
<b>4. KOPLOPERS</b>	<b>21</b>
<b>5. REGELGEVING</b>	<b>22</b>
<b>6. BESTURING VAN HET PROJECT</b>	<b>22</b>
6.1 Algemeen	22
6.2 Geactualiseerd implementatietijdpad	24
6.3 Geactualiseerde rapportageplanner	25
<b>7. FINANCIËN</b>	<b>25</b>

## **Bijlagen<sup>1</sup>**

- periodieke inventarisatie indicatieorganen per augustus 2001 (bijlage 1)
- tekst van het convenant van maart 2001 gesloten tussen VWS, ZN en CVZ (bijlage 2)
- plan van aanpak modernisering van de verantwoording en verslaglegging in de AWBZ van het College voor Zorgverzekeringen d.d. 12 juli 2001 (bijlage 3)
- tweede voortgangsrapportage over het deelproject AWBZ-brede Zorgregistratie (bijlage 4)

---

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

## 1. Inleiding

Het startpunt van het groot project modernisering AWBZ wordt gevormd door de nota «Zicht op zorg: plan van aanpak Modernisering AWBZ». Deze nota van 18 juni 1999 is in februari 2000 in de Tweede Kamer behandeld. In dit debat is vastgesteld dat ter zake van de modernisering van de AWBZ voornamelijk een «pas op de plaats» diende te worden gemaakt, hangende nadere rapporten en adviezen onder meer met betrekking tot de positionering van de zorgkantoren en het mogelijke spanningsveld tussen vraagsturing en kostenbeheersing. Bij brief van 10 maart 2000 is aangegeven voor welke trajecten conform het verzoek van de Tweede Kamer de «pas op de plaats» zou gelden, en welke trajecten onverminderd doorgang konden vinden.

In april 2000 heeft de Tweede Kamer het project modernisering AWBZ aangemerkt als groot project. Bij brief van 27 juni 2000 zijn genoemde nadere rapporten, met name het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ» en de nota «aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ», voorzien van een kabinetsstandpunt naar de Tweede Kamer gezonden. In het vervolgoverleg over de modernisering van de AWBZ op 5 februari 2001 is de lijn zoals verwoord in het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ» rond de implementatie van vraagsturing in de AWBZ breed onderschreven. In dit debat is door de Tweede Kamer het startsein gegeven voor de implementatie van de modernisering van de AWBZ over de volle breedte, en wel met «dubbel tempo».

Uit de beschreven voorgeschiedenis volgt dat verschillende aspecten van het project modernisering AWBZ meerdere startmomenten kennen. Voor een aantal trajecten – bijvoorbeeld indicatiestelling – geldt dat de start reeds voor 1999 ligt. Het project modernisering AWBZ bundelt een aantal – soms reeds langer lopende – ontwikkelingen in één samenhangend kader gericht op het implementeren van vraagsturing in de AWBZ. Uit oogpunt van de continuïteit zal in deze voortgangsrapportage zoveel mogelijk worden aangesloten bij eerdere rapportages en metingen. Over de onderscheiden onderwerpen is, in samenhang met de informatieverstrekking over de aanpak met de wachtlijsten, de Tweede Kamer in de afgelopen jaren geïnformeerd in het kader van verscheidene voortgangsrapportages rond bijvoorbeeld de indicatiestelling, het persoonsgebonden budget en de AWBZ-brede zorgregistratie.

De halfjaarlijkse rapportages over het groot project modernisering AWBZ hebben mede tot doel om over de onderscheiden trajecten in samenhang te rapporteren, zodat een totaaloverzicht ontstaat over de implementatie van de verschillende onderdelen.

De modernisering van de AWBZ is een complex project en de voortgang ervan is afhankelijk van veel actoren (o.m. indicatieorganen, verzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders) met een eigen dynamiek. Uit de voorgeschiedenis blijkt dat het onmogelijk is het project vooraf geheel te structureren en te plannen. Telkens zal moeten worden afgewogen welke activiteiten en instrumenten het meest effectief zijn om de geschetste doelen te realiseren.

De Tweede Kamer heeft naar aanleiding van de projectbeschrijving van 19 december 2000 bij brief van 15 maart 2001 verzocht om in de voortgangsrapportages onder meer een vijftal nader benoemde beleidsonderdelen te monitoren:

- de gang van zaken rondom PGB, PVB en ZiN, inclusief de vereenvoudiging van de regelgeving;
- de vrije toetreding van nieuwe aanbieders;

- de ontwikkeling van de RIO's, met als uitgangspunt de door de Kamer op 20 februari 2001 aanvaarde motie Van Vliet c.s. (24 036/26 631, nr. 205);
- de (tijdelijke) plaats en positie van de zorgkantoren;
- het proces woon/zorg-scheiding (extra- en intramuraal), inclusief de werking van het woon/zorg stimuleringsfonds, met als uitgangspunt de door de Kamer aanvaarde moties Blok c.s. (24 036/26 631, nr. 193, resp. 206).

In lijn met genoemd verzoek zijn deze te monitoren beleidsonderdelen verwerkt in de bijgestelde projectbeschrijving groot project modernisering AWBZ van 17 juli 2001 (Kamerstukken II, 26 631, nr. 13). Deze projectbeschrijving vormt het kader voor de halfjaarlijks (per februari en september) uit te brengen rapportages groot project. De onderhavige rapportage vormt de eerste rapportage in het kader van het groot project modernisering AWBZ.

De rapportage betreft de periode tot juli 2001. Ook aan relevante ontwikkelingen die sindsdien hebben plaatsgevonden, wordt aandacht besteed.

In de genoemde projectbeschrijving wordt uitgegaan van de volgende vierdeling van het groot project in deeltrajecten:

1. Persoonsgebonden bekostiging
2. Versterken van de uitvoeringsstructuur
3. Scheppen van juridische randvoorwaarden
4. Koplopers

In deze rapportage wordt deze indeling gevolgd waarbij in hoofdstuk 2 niet alleen de persoonsgebonden bekostiging, maar tevens overige relevante beleidsinhoudelijke ontwikkelingen worden behandeld. Ook de (in de projectbeschrijving genoemde) relaties met andere trajecten en de gevolgen daarvan (bijvoorbeeld de stelsel discussie) vinden hier een plaats. Hoofdstuk 3 betreft de inspanningen tot versterking van de uitvoering van de AWBZ, waaronder het opzetten van de AWBZ-brede zorgregistratie. In hoofdstuk 4 wordt de voortgang rond het koplopertraject behandeld. Hoofdstuk 5 betreft een beknopte inventarisatie van de benodigde wijzigingen van de wet- en regelgeving. De besturing van het project wordt nader toegelicht in hoofdstuk 6. In hoofdstuk 7 wordt de actuele meerjarenbegroting gepresenteerd.

## **2. Beleidsinhoudelijke ontwikkelingen**

In het nota-overleg van 5 februari 2001 is vastgesteld dat de omslag van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde AWBZ urgent is en in hoog tempo ter hand moet worden genomen. Er dient recht te worden gedaan aan de keuzevrijheid van de klant. Ten behoeve van de gewenste snelheid rond de vereenvoudiging van het PGB is (conform het gevraagde in de motie Arib c.s., kamerstukken 2000-2001, 24 036, 26 631, nr. 189) ervoor gekozen vooralsnog niet de weg van wetwijziging te volgen, maar van aanpassing van de PGB-regelingen. Vraagsturing en keuzevrijheid zal worden gerealiseerd via vier sporen:

- invoering van persoonsgebonden en persoonsvolgende bekostiging  
De vereenvoudiging van het persoonsgebonden budget vindt plaats door het vervangen van de bestaande PGB-regelingen door één AWBZ-brede PGB-regeling die gestoeld is op functies.  
Tevens dient de (bureaucratische en complexe) uitvoeringsstructuur te worden vereenvoudigd.
- verruiming van het zorgaanbod  
Verruiming van het zorgaanbod zal mede worden gerealiseerd door de mogelijkheden te vergroten dat aanbieders AWBZ-breed zorg kunnen leveren.
- scheiden van wonen en zorg

- Het scheiden van wonen en zorg wordt bevorderd door het functioneel omschrijven van de aanspraken
- organiseren van de toegang (indicatiestelling) op basis van de vraag van de klant.

Deze hoofdlijnen zijn in de periode maart–juli verder uitgewerkt en de resultaten zijn neergelegd in de brief aan de Tweede Kamer van 17 juli 2001 (kamerstukken 2000–2001, 26 631, 25 657, nr. 14). De uitwerking omvat enerzijds een concreet plan voor de totstandbrenging van een AWBZ-brede regeling voor het persoonsgebonden budget en de persoonlijke bekostiging van de zorg in natura, anderzijds voor de verruiming van het zorgaanbod.

De uitwerking leidt tot een PGB-systematiek met de volgende elementen:

- de zorg wordt voor zowel PGB als zorg in natura omschreven in de vorm van AWBZ-brede functies. Dit heeft geresulteerd in een zevental functies die het bestaande zorgpakket dekken: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende/adviserende begeleiding, behandeling en verblijf.
  - de omvang van de zorg wordt aangegeven in klassen
  - aan functies en klassen worden waarden/bedragen gekoppeld teneinde tot vaststelling van de hoogte van een PGB te kunnen komen
  - in relatie tot genoemde waarden/bedragen worden omslagpunten geformuleerd, in verband met het feit dat bij geclusterde zorgverlening schaalvoordelen optreden
  - het systeem van functies en klassen heeft consequenties voor de indicatiestelling bijvoorbeeld ten aanzien van protocollering en formulierenset en scholing in de nieuwe systematiek
  - een nieuwe, AWBZ-brede eigen bijdrage systematiek.
- Voor de precieze uitwerking van genoemde elementen zij verwezen naar de brief van 17 juli 2001.

Daarnaast bevat de brief een voorstel voor vereenvoudiging van de uitvoeringsstructuur van het PGB.

Deze uitvoeringsstructuur blijkt in de praktijk complex en levert veel uitvoeringsproblemen voor klant en uitvoeringsorganisaties op. Deze problemen hebben onder meer te maken met de wijze waarop de houder van een PGB moet voldoen aan de fiscale en sociaalrechtelijke verplichtingen waaraan hij als werkgever moet voldoen. In de brief zijn twee alternatieven geschetst die moeten leiden tot een aanmerkelijke vermindering van de administratieve lasten (resp. PGB in de vorm van een som geld of in de vorm van een voucher). Beide varianten zullen in detail worden uitgewerkt waarna het kabinet een verantwoorde keuze kan maken. Dit voorstel zal, te samen met een nadere uitwerking van de te nemen maatregelen en van het implementatietijdpad, voordat de Tweede Kamer de brief van 17 juli 2001 zal behandelen, in een brief aan de Tweede Kamer worden neergelegd.

Bovengenoemde maatregelen zullen ertoe bijdragen dat het PGB toegankelijker wordt. Naar verwachting zal het PGB een belangrijke impuls geven aan de verdere dynamisering van de aanbiedersmarkt. Daarmee nemen de keuzemogelijkheden voor PGB-houders toe. Ook voor de verzekerden die kiezen voor zorg in natura moeten er voldoende keuzemogelijkheden bestaan. De dynamisering van de naturamarkt kan gestalte krijgen door de toelating tot die markt niet meer, zoals nu het geval is, te enten op instellingen die een totaalpakket leveren, maar door die te koppelen aan de nieuwe functies. Hierdoor kunnen bestaande aanbieders hun huidige functiepakket uitbreiden of inzetten op meerdere zorgdomeinen. Tevens kunnen nieuwe aanbieders met een gedifferentieerd zorgpakket toetreden

(conform het gevraagde in de motie Van Vliet c.s., kamerstukken 2000–2001, 24 036, 26, 631, nr. 206).

Bij het nieuwe toelatingsbeleid zal in het kader van de kwaliteitseisen de aanbieder moeten voldoen aan eisen die betrekking hebben op de bestuursstructuur en de ordelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering. Deze criteria zullen wettelijke verankering vinden in het kader van het wetsvoorstel Wet exploitatie Zorginstellingen (WEZ), dat eind maart van dit jaar bij de Tweede Kamer is ingediend (Kamerstukken II, 2000–2001, 27 659). In de periode tot de WEZ in werking treedt zal, ter bevordering van de bedrijfsmatige transparantie, gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden die het huidig systeem kent. De brief van de Minister van 25 september 2001 (Z/PB-2215 889) over de toezeggingen naar aanleiding van het debat op hoofdlijnen over de WEZ gaat onder meer in op de beoogde transparantie-eisen. De Minister heeft het College voor zorgverzekeringen en College tarieven gezondheidszorg inmiddels verzocht daarover een uitvoeringstoets te verrichten (zie bijlage 2 bij desbetreffende brief). Met ZN wordt overlegd om in de periode tot de WEZ in werking treedt, te bezien in hoeverre deze transparantie-eisen al kunnen worden gehanteerd in de overeenkomsten die zorgkantoren afsluiten met aanbieders (conform het gestelde in de motie Arib/Van Vliet, kamerstukken 2000–2001, 24 036, 26 631, nr. 190).

Naast het overstappen van een institutioneel naar een functioneel toelatingssysteem dient in de bekostiging van de instellingen te worden overgegaan op een systeem waarbij de instelling wordt betaald op basis van daadwerkelijk geleverde prestaties. Dit systeem sluit aan bij het in het kader van de aanpak van de wachtlijsten reeds gehanteerde boter-bijde-vis principe.

De voorgenomen afschaffing van de contracteverplichting zal niet gelijktijdig met de functionalisering van het toelatingsbeleid plaatsvinden. Het tegelijkertijd invoeren van beide maatregelen kan ertoe leiden dat de keuzemogelijkheden van klanten in gevaar komen doordat nieuwe aanbieders op de bestaande markt geen voet tussen de deur kunnen krijgen. Eerst nadat er meer evenwicht op de markt bestaat, zal de contracterplicht kunnen worden opgeheven. Vooralsnog wordt uitgegaan van het in de projectbeschrijving aangeduide tijdspad (start opheffing contracterplicht vanaf 2003).

In het bovenstaande zijn de belangrijkste beleidsinhoudelijke ontwikkelingen rond de persoonsgebonden bekostiging samengevat. De inhoudelijke bouwstenen zijn daarmee gereed. Deze maken het mogelijk de gevolgen voor de wet- en regelgeving en voor de uitvoeringsorganisaties nader te bezien. In paragraaf 3 en paragraaf 5 zal op hoofdlijnen worden ingegaan op de implementatie ten aanzien van respectievelijk de uitvoering(sinstanties) en de wet- en regelgeving.

Naast de ontwikkeling rond het zorgstelsel (zie paragraaf 3.3) is tot slot het beleid rond (scheiden) wonen/zorg van belang. Hiervoor zij verwezen naar de brief van 25 juni 2001 over dit onderwerp.

Deze brief bevat ook de meest recente gegevens over de Woonzorgstimuleringsregeling. De in de brief geschetste ontwikkelingen passen in het concept van vraagsturing zoals beoogd in de modernisering van de AWBZ. Het functioneel omschrijven van de aanspraken, waarbij verblijf slechts één van de functies is waarop zal worden geïndiceerd, zal een impuls geven aan de beoogde scheiding van wonen en zorg. In deze brief wordt ook gereageerd op de motie Dankers (kamerstukken 2000–2001, 24 036, 26 631, nr. 204) en wordt aangegeven op welke wijze het bruto-vraagstuk nader wordt onderzocht.

### **3. Versterken van de uitvoeringsstructuur van de AWBZ**

In dit hoofdstuk wordt per item telkens de doelstelling, zoals verwoord in de projectbeschrijving van 17 juli 2001, samengevat waarna nader wordt ingegaan op de realisatie en verdere planning.

#### *3.1 De zorgketen*

Doelstelling: bevorderen dat de verschillende actoren in de keten (indicatieorganen, verzekeraars/zorgkantoren en aanbieders) dusdanig samenwerken – met inachtneming van de onderscheiden verantwoordelijkheden – dat de klant zo snel mogelijk in zorg komt c.q. een oplossing wordt gevonden voor de klant indien de geïndiceerde zorg tijdelijk niet voorhanden is.

De doelstelling van de zogenaamde ketenbenadering bestaat eruit te bevorderen dat cliënten zo snel mogelijk zorg krijgen. Indien de geïndiceerde zorg voorhanden is, dient de klant zich direct te kunnen wenden tot de aanbieder van zijn keuze. Ingeval van schaarste en wachtlijsten dient er een voorziening te zijn die oplossingen (bijv. overbruggingszorg) zoekt voor de klanten die op de wachtlijst staan.

Deze voorziening dient bij voorkeur zo integraal mogelijk te zijn, dus niet beperkt tot een instelling of bijvoorbeeld alleen voor de gezamenlijke verzorgingshuizen. Gelet op de zorgplicht van de verzekeraar/het zorgkantoor en het beoogde doel van de Modernisering van de AWBZ om het verzekeringskarakter van de AWBZ te herstellen, is het zorgkantoor de aangewezen om ervoor zorg te dragen dat er een dergelijke voorziening is ten behoeve van de verzekerden.

Ter bevordering van deze zogenaamde ketenbenadering is in het voorjaar van 2001 een Notitie Ketenbenadering vastgesteld. Het platform MJA Verpleging en Verzorging onderschrijft deze aanpak. De notitie gaat uit van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken partijen ten aanzien van de indicatiestelling, de rechtmatigheidstoets en de zorgtoewijzing zoals deze vastliggen in wet- en regelgeving:

- Een RIO beoordeelt de hulpvraag in het kader van de AWBZ-aanspraken en beoordeelt of een inwoner in aanmerking komt voor de bij AMvB aangewezen vormen van zorg;
- Het zorgkantoor/de verzekeraar heeft zorgplicht en is verantwoordelijk voor de rechtmatigheidstoets (behoort iemand tot de kring van verzekerden krachtens de AWBZ) en de zorgtoewijzing;
- De zorgtoewijzing in de zin van het concreet aanbieden van geïndiceerde zorg aan de geïndiceerde geschiedt onder verantwoordelijkheid van het zorgkantoor in beginsel integraal op basis van het indicatieadvies.

De Notitie Ketenbenadering wordt door de verschillende bij de zorg betrokkenen partijen geïmplementeerd. De notitie wordt breed gedragen door de betrokken partijen.

Het is van belang dat inzicht bestaat in de vorderingen bij de verschillende actoren in de keten. In het navolgende zal worden ingegaan op de stand van zaken bij de RIO's (paragraaf 3.2), de zorgkantoren (paragraaf 3.3) en de partijen betrokken bij de totstandkoming van de AWBZ-brede zorgregistratie (paragraaf 3.4)

#### *3.2 Indicatiestelling*

Doelstelling: het tot stand brengen van een onafhankelijke, objectieve (uniform, geprotocolleerd, professioneel) en integrale (verbreding met AWBZ-sectoren gehandicaptenzorg en GGZ en met de Wvg) indicatiestelling.

In de brief van 31 mei 2000 aan de Tweede Kamer over de «indicatiestelling nieuwe stijl» zijn concrete doelstellingen vastgelegd om de kwaliteit van de indicatiestelling, de kwaliteit van de bedrijfsvoering van de indicatieorganen en de positionering/verbreding van de indicatieorganen verder te verbeteren.

Deze doelstellingen zijn sindsdien uitgewerkt in de vorm van een programma met een omschrijving van te plegen inspanningen en op te leveren resultaten. VNG en LVIO hebben daarop aan VWS als eindverantwoordelijke begin 2001 laten weten deze uitwerking te onderschrijven en aangegeven (mede)verantwoordelijkheid te nemen voor het behalen van genoemde resultaten. De Regiegroep Indicatiestelling AWBZ, waarin alle betrokken veldpartijen zijn vertegenwoordigd, onderschrijft de aanpak.

Als instrument om deze doelstellingen te bereiken is voorjaar 2001 de Tijdelijke regeling uitkering kwaliteitsverbetering indicatiestelling vastgesteld, waarop gemeenten onder voorwaarden aanspraak kunnen maken. Inmiddels hebben de gemeenten in het kader van genoemde regeling activiteitenplannen ingediend voor de kwaliteitsverbetering van de RIO's. Eind oktober 2001 is duidelijk welke resultaten gemeenten daarmee bereikt willen hebben per 1 juli 2002.

In totaal is voor de uitvoering van dit programma van activiteiten voor het jaar 2001 een bedrag van EUR 25 mln. (f 55 mln.) beschikbaar. Het merendeel daarvan, te weten een bedrag van EUR 18 mln. (f 40 mln.), is beschikbaar voor het ondersteunen van initiatieven op lokaal en regionaal niveau van gemeenten in het kader van genoemde tijdelijke regeling.

Naast de activiteiten in het kader van de tijdelijke regeling loopt een achterstandsactie bij de RIO's die erop gericht is uiterlijk ultimo 2001 de achterstanden bij de RIO's weg te werken. In het kader van de reactie op de motie Van Vliet (kamerstukken 2000–2001, 24 036, 26 631, nr. 205) is de Tweede Kamer hierover geïnformeerd. Onderstaand schema geeft de resultaten weer in termen van het aantal cliënten dat gemiddeld niet binnen een termijn van zes weken een indicatiebesluit krijgt.

Peildatum	Achterstand (gemiddeld)
15 mei 2000	7 819
1 november 2000	2 448
1 maart 2001	820
1 juni 2001	433

De stand van zaken rond de indicatiestelling is, na de meting van mei 2000, in augustus 2001 opnieuw in kaart gebracht. Dit rapport is als bijlage 1 bijgevoegd.

In het navolgende worden de resultaten sedert mei 2000 aangegeven alsmede de plannen voor de komende periode. Gerapporteerd wordt langs drie lijnen: de verdere professionalisering van de indicatiestelling, een integrale indicatiestelling en een doelmatiger bedrijfsvoering.

#### *1. Verdere professionalisering van de indicatiestelling*

Een belangrijk instrument voor het professioneel handelen van de indicatiesteller is het BIO-indicatieprotocol en bijbehorende formulierenset. Het beleid is erop gericht dat alle indicatieorganen met dezelfde formulierenset werken. Inmiddels hanteert per augustus 2001 93% van de indicatieorganen voor de indicaties in de sector verpleging en verzorging de BIO-formulieren tegen 73% in mei 2000.

In het kader van de uniformering is het tevens van belang dat in het indicatiebesluit de mate van uitstelbaarheid (de urgentie) wordt vermeld. Driekwart van de indicatieorganen meldt inmiddels de mate van de uitstelbaarheid. Dat is mede van belang in het kader van de keten-

benadering: na de indicatiestelling dient, indien er sprake is van schaarste, zorg te worden toegewezen op basis van urgentie. Teneinde uniformiteit rond het begrip «urgentie» te bevorderen is een onderzoek gestart om daarvoor criteria te ontwikkelen; deze criteria zullen eind 2001 beschikbaar zijn.

Zoals in paragraaf 2 aangegeven, maakt de geplande invoering van AWBZ-brede functies en klassen het noodzakelijk om over te gaan op één landelijk uniform indicatieprotocol en formulierenset voor de drie AWBZ-sectoren. Aan het NIZW is in mei 2001 opdracht gegeven het landelijke, AWBZ-brede en functiegerichte indicatieprotocol met bijbehorende formulierenset te ontwikkelen en uit te testen. De verwachting is dat eind oktober een eerste versie van protocol en formulierenset gereed is voor verdere implementatie.

Via een wijziging van het Zorgindicatiebesluit zullen alle RIO's verplicht worden dit landelijk uniforme protocol te hanteren.

Essentieel naast de bevordering van een uniforme werkwijze is de bevordering van de deskundigheid van de indicatiestellers. Komend half jaar zullen indicatiestellers een training kunnen gaan volgen in het hanteren van de functiegerichte indicering. Om tot verdere afstemming te komen tussen de bestaande bij- en nascholingstrajecten voor indicatiestelling is deze zomer een plan opgesteld waarmee nog dit jaar door VWS een start wordt gemaakt.

Op de indicatiestelling door de RIO's dient op adequate wijze toezicht te worden gehouden. Het gaat bij de RIO's om toezicht op de zorginhoudelijke aspecten van de indicatiestelling en om het toezicht op het functioneren van de RIO's.

Voor wat betreft de zorginhoudelijke aspecten is besloten dat de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) hierop gaat toezien. De IGZ ontwikkelt hiervoor een toezichtsmodel dat eind 2001 gereed is. In de voortgangsrapportage van februari 2002 zal hierover nader worden bericht.

De gemeente dient erop toe te zien dat een RIO zijn wettelijke taken naar behoren kan uitvoeren en houdt in dat kader toezicht op het functioneren van de RIO's.

In de brief van 17 juli 2001 naar aanleiding van de motie van Van Vliet (24 036, 26 631, nr. 205) is aangekondigd dat bij of krachtens de AWBZ geregeld zal worden dat indicatieorganen openbaar verantwoording afleggen over hun functioneren en hun resultaten. Een onderzoek zal uitsluitend geven over de vormgeving van een dergelijke regeling.

## *2. Integrale indicatiestelling*

Een integrale indicatiestelling houdt in dat RIO's, die reeds zijn belast met de indicatiestelling voor de sector verpleging en verzorging, tevens de indicaties voor de AWBZ-sectoren gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg (langdurig zorgafhankelijken) gaan uitvoeren en tevens adviseren over alle Wvg-aanvragen. Daarnaast wordt verbreding met niet-AWBZ-voorzieningen bevorderd, in het bijzonder met wonen en welzijn.

Rond de verbreding met de Wvg-voorzieningen is het afgelopen jaar goede voortgang geboekt. Nagenoeg 100% van de RIO's verricht inmiddels de (wettelijk verplichte) indicatiestelling voor woningaanpassingen boven de f 45 000. Bijna de helft verricht ook het onderzoek naar de overige Wvg-voorzieningen. Veel RIO's hebben de intentie tot (verdere) verbreding met de Wvg. Eind oktober 2001 zal duidelijk zijn welke resultaatsafspraken op dit onderdeel met gemeenten gemaakt kunnen worden.

Rond de indicatiestelling voor de gehandicaptenzorg zijn het afgelopen jaar de regionale teams van het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG) van start gegaan. Dat maakt het mogelijk om per 1 januari 2002 de indicatiestelling voor deze sector onder de reikwijdte van de RIO's te brengen. De betreffende wijziging van het Zorgindicatiebesluit is inmiddels gereed; per Koninklijk Besluit zal nog dit jaar de inwerkingtreding worden geregeld. Daarmee wordt per 1 januari 2002 de toegang tot de indicatiestelling in de gehandicaptensector verlegd naar het RIO.

Het RIO zal voor de afhandeling van complexe aanvragen voor ten hoogste drie jaar verplicht advies inwinnen bij (de regionale teams van) het LCIG. Ook na deze periode zal het nodig blijven voor complexe zorgvragen specifieke expertise in te schakelen. De genoemde onderbrenging bij het RIO vergt gegeven de opbouw van de LCIG-teams en het traject Robuuste RIO's een op maat gesneden overbruggingsregime.

In de sector geestelijke gezondheidszorg verzorgen momenteel ruim 40 regionale GGZ-indicatiecommissies de indicatiestelling voor de langdurig zorgafhankelijken. Zij werken daarbij conform de door de Minister van VWS geaccordeerde modelprocedure «indicatiestelling in de GGZ», het protocol «langdurig zorgafhankelijken» (LZA) en de bijbehorende formulierenset. Met de direct betrokkenen is een stimulerings- en implementatieprogramma opgesteld dat is gericht op zowel de verdere professionalisering van deze bestaande indicatiecommissies als op de integratie van deze commissies in het RIO (ten behoeve van de invoering van carebrede indicatiestelling). Gelet op de stand van zaken rond de ontwikkeling van de RIO's is meer tijd nodig voor de voorbereiding van een zorgvuldige verbreding van de RIO's met de langdurige GGZ. Derhalve is besloten de implementatiedatum te verschuiven van 1 januari 2002 naar 1 januari 2003.

### *3. Doelmatiger uitvoering van de indicatiestelling*

Voor de kwaliteit van de indicatiestelling is het van belang dat de indicatiestelling plaatsvindt binnen goed georganiseerde bedrijfsprocessen en binnen goed lopende (bestuurlijke) samenwerkingprocessen.

Zoals aangegeven in eerdergenoemde brief van 17 juli 2001 naar aanleiding van de motie Van Vliet heeft de in december 2000 gestarte achterstandsactie bij de RIO's geleid tot een productiviteitsstijging en daarmee samenhangend, tot een forse daling van de achterstanden bij de RIO's (zie bovenstaande tabel). Dit tegen de achtergrond van een stijgend aantal aanvragen. In eerste instantie richtte deze actie zich op de aanvragen van 6 weken en ouder (de maximale termijn in het Zorgindicatiebesluit). Momenteel wordt gewerkt aan het bereiken van een gemiddelde termijn van twee weken. In december 2001 zullen opnieuw de achterstanden bij de RIO's worden gemeten. De gegevens zullen worden opgenomen in de tweede rapportage groot project van februari 2002. Het verbeteren van de bedrijfsprocessen binnen RIO's moet er toe leiden dat waar mogelijk indicaties via korte procedures snel en adequaat vastgesteld kunnen worden. In aansluiting op het antwoord van 17 juli 2001 op de motie Van Vliet heeft naar verwachting het LVIO in oktober 2001 een richtlijn en praktijkvoorbeelden gereed op basis waarvan de RIO's elke aanvraag voor zorg, ook als het om enkelvoudige zorg gaat, snel en zorgvuldig kunnen indiceren. Vervolgens zal worden bezien of een en ander ook in het indicatiëprotocol vastgelegd kan worden. De LVIO en de VNG zullen bevorderen dat RIO's daadwerkelijk conform deze richtlijn gaan werken. Medio 2002 zullen de ervaringen met de nieuwe procedure in kaart worden gebracht.

Uit de meting van augustus 2001 blijkt dat de automatisering van de RIO's fors is voortgeschreden, inmiddels is bij 92% van de RIO's de automatisering gerealiseerd (tegen 59% per mei 2000). Deze automatisering heeft ertoe bijgedragen dat inmiddels voor de jaren 1999 en 2000 landelijke cijfers kunnen worden gegenereerd over het aantal gestelde indicaties. In 2000 zijn door de RIO's in totaal 521 669 indicaties afgegeven (exclusief herindicaties).

De informatievoorziening met betrekking tot omvang en aard van de indicaties zal in de toekomst deel gaan uitmaken van de AWBZ-brede zorgregistratie waarbij de indicatieorganen gegevens over de indicaties gaan aanleveren bij het zorgkantoor. Daarmee wordt voldaan aan het gestelde in de motie Van Vliet (Kamerstukken 2000–2001, 27 401, nr. 37) inzake het opzetten van een registratiesysteem van indicatiebesluiten.

Het verbeteren van de interne bedrijfsvoering en het intern genereren van managementinformatie heeft vanuit het LVIO een belangrijke impuls gekregen door het in 2001 voor alle RIO's beschikbaar komen van een gestandaardiseerde productbegroting. De verwachting is dat alle RIO's op basis hiervan hun begroting 2002 zullen opstellen. Een dergelijke begroting zal de onderhandelingen tussen gemeenten en RIO ondersteunen als het gaat om financiering van de indicatieorganen.

Voor de verdere verbetering van de bedrijfsvoering heeft de LVIO het afgelopen jaar hard gewerkt aan de invoering van een certificeringssysteem voor de RIO's. Een concept-certificeringssysteem is inmiddels gereed en ligt nu ter goedkeuring bij de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbevordering van de Zorgsector (HKZ). Daarmee kan vanaf het voorjaar 2002 het certificeren starten.

In opdracht van het LVIO wordt momenteel, op basis van het certificeringssysteem, tevens gewerkt aan de opzet van een RIO-benchmark, in de zin van een bedrijfsvergelijkend onderzoek onder alle RIO's. De verwachting is dat daarmee in februari 2002 kan worden proefgedraaid.

Zoals in de brief over «indicatiestelling nieuwe stijl» van 31 mei 2000 al is aangegeven is het afgelopen jaar, in nauw overleg met zowel de VNG als de LVIO, een traject gestart gericht op opschaling van de RIO-werkgebieden tot gemiddeld twee RIO's per zorgkantoorregio. In het kader van eerdergenoemde tijdelijke regeling uitkering kwaliteitsverbetering indicatiestelling hebben alle gemeenten inmiddels hun voornemens inzake opschaling kenbaar gemaakt. Eind oktober 2001 is duidelijk welke resultaatsafspraken VWS daarover met gemeenten kan maken.

Naast verbeteringen in de interne bedrijfsvoering is voor een doelmatige uitvoering van de indicatiestelling ook commitment nodig van gemeenten bij hun regionale indicatieorganen.

In het kader van de Tijdelijke regeling uitkering kwaliteitsverbetering indicatiestelling zijn door VWS, VNG en LVIO dit jaar gezamenlijk verschillende regionale discussiebijeenkomsten georganiseerd met RIO's en gemeenten. Daarbij werd, naast achtergrondinformatie over inhoud en opzet van de regeling, ondermeer benadrukt dat het RIO een duidelijke plek verdient in het lokale en regionale (gezondheids)beleid van gemeenten.

In dit verband is ook de relatie RIO en patiënten/cliëntenbeweging van belang. In de projectbeschrijving van het groot project is aangegeven dat de inbreng van patiënten/consumentenorganisaties dient te worden versterkt. Om het functioneren van RP/CP-ers als de patiënten/cliëntenvertegenwoordigers in het RIO-bestuur te ondersteunen en te versterken is in 2001 door NP/CF een ondersteuningsprogramma opgesteld en ingediend bij VWS. Besluitvorming hierover zal in september 2001 plaatsvinden Een tweede manier om de band tussen RIO en

patiënten/cliëntenorganisaties te versterken is het ontwikkelen van een instrument om de kwaliteit van de indicatieorganen te meten vanuit het patiënten/cliënten-perspectief. Inmiddels heeft een samenwerkingsverband van Chronisch zieken en Gehandicaptenraad, de Nederlandse Patiëntenvereniging en de NP/CF samen met de Stichting KIEN hiervoor een voorstel ontwikkeld. Voor de uitvoering van dit voorstel wordt een duidelijke relatie gelegd met de benchmark zoals die nu in opdracht van het LVIO wordt ontwikkeld voor de RIO's.

Tot slot is van belang dat ten aanzien van de indicatiestelling er twee onderzoeken lopen: de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit en het IBO-onderzoek «Toegang tot de zorg en indicatiestelling AWBZ». Binnenkort worden beide rapporten afgerond. Het IBO-rapport zal voorzien van een kabinetsstandpunt aan de Tweede Kamer worden voorgelegd. Ook genoemde evaluatie zal naar de Tweede Kamer worden gezonden.

### *3.3 Versterking verzekeringskarakter*

Doelstelling: versterken van de verzekeraarsfunctie (binnen redelijke termijn leveren van geïndiceerde zorg), voldoen aan zorgplicht middels goede afstemming vraag en aanbod en in dat kader beleidsrijk contracteren van zorg gericht op de vraag van de klant.

In de verslagperiode zijn belangrijke stappen gezet in het kader van de versterking van de verzekeringsfunctie. In lijn met de keuzevorming door de Tweede Kamer, gaat het daarbij niet om veranderingen in de juridische positie van de zorgkantoren. Kernpunt is dat zorgkantoren gegeven de huidige uitvoeringsstructuur, met het oog op de gewenste vraaggerichte benadering in de AWBZ, in staat zijn op adequate wijze invulling te geven aan hun taken. Tegelijk moet geregeld zijn onder welke voorwaarden de (financiële) middelen hiervoor beschikbaar worden gesteld, zodat zorgkantoren daar ook op kunnen worden aangesproken.

Met de uitvoering van hun taken geven de zorgkantoren in feite invulling aan de zorgplicht jegens de verzekerden. Dat betekent dat indien de verzekerde beschikt over een geldige indicatie, de geïndiceerde zorg tijdig geleverd moet worden. Het is de taak van het zorgkantoor voldoende, kwalitatief verantwoorde zorg te contracteren, zodat wordt voldaan aan de geïndiceerde vraag van de verzekerden. Daarvoor is inzicht in de zorgvraag en het beschikbare aanbod noodzakelijk.

In het kader van de wachtlijstaanpak (die wordt aangevoerd door de Taskforce aanpak wachtlijsten) zijn onder regie van de zorgkantoren voor de onderscheiden AWBZ-sectoren wachtlijstmetingen verricht en gegevensanalyses opgesteld. Op basis daarvan hebben zorgkantoren in afstemming met de zorgaanbieders bestedingsplannen opgesteld die een integrale aanpak omvatten van de wachtlijsten in het werkgebied van het zorgkantoor.

Over de taakuitvoering door de zorgkantoren binnen deze vraaggerichte benadering zijn op 13 maart 2001 bestuurlijke afspraken vastgelegd in een convenant tussen het departement, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Dit convenant omvat tevens afspraken over de voor het uitvoeren van die taken vereiste beheerskostenbudget en de voorwaarden waaronder de (extra) middelen beschikbaar worden gesteld. Het convenant is als bijlage 2 bij deze rapportage gevoegd.

In het vervolg van deze paragraaf wordt ten eerste ingegaan op de aanwijzing van de zorgkantoren per 1 januari 2002. Daarna worden de belangrijkste afspraken in het convenant en de stand van zaken in de uitvoering daarvan toegelicht. Tenslotte wordt in deze paragraaf ingegaan op het traject dat is ingezet voor modernisering van de verantwoording en verslaggeving in de AWBZ.

### *1. Uitvoeringsstructuur AWBZ: aanwijzing zorgkantoren per 1 januari 2002*

In de juridische constructie van de zorgkantoren worden geen veranderingen aangebracht. In de nota «Vraag aan bod. Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel» van 6 juli 2001 (Kamerstukken 2000/2001, 27 855, nrs. 1–2) wordt voorgesteld dat (risicodragende) zorgverzekeraars op termijn de functie van de zorgkantoren overnemen. Geconstateerd kan worden dat het ingezette beleid in het kader van de modernisering van de AWBZ, namelijk de versterking van de verzekeringsfunctie en het creëren van instrumenten waarmee deze verzekeringsfunctie waar kan worden gemaakt (onder meer door de opbouw van een AWBZ-brede zorgregistratie), in lijn is met de doelstellingen verwoord in «Vraag aan bod». Gedurende de overgangssituatie zal de bestaande mandaatconstructie gehandhaafd blijven. Gelet op het tijdpad geschetst in «Vraag aan bod», waarbij allereerst gewerkt wordt aan het vervangen van het huidige duale stelsel voor het tweede compartiment door één verzekering curatieve zorg, zal de overgangssituatie in ieder geval de periode tot 2005 beslaan. Uit het voorgaande volgt dat de zorgkantoren namens de uitvoeringsorganen AWBZ vooralsnog de AWBZ blijven uitvoeren. In deze overgangsconstructie, waarbij de uitvoering van taken op basis van een vrijwillig verstrekt mandaat en volmacht is opgedragen aan de zorgkantoren, blijven de uitvoeringsorganen verantwoordelijk. De wijze waarop de zorgkantoren zijn aangewezen, is geregeld op grond van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering. Deze AMvB schrijft voor dat de Minister de zorgkantoren voor een periode van vier jaren aanwijst. De huidige aanwijzing dateert van 1 januari 1998. In overleg met CVZ en ZN wordt de hernieuwde aanwijzing per 1 januari 2002 ter hand genomen. Verwacht wordt dat hierbij geen grote verschuivingen zullen plaatsvinden. ZN zet stappen voor de hernieuwde vaststelling per 1 januari 2002 van de overeenkomst waarin de zorgverzekeraars – in aanvulling op de aanwijzing door de minister – het mandaat voor de zorgkantoren regelen.

### *2. Convenant VWS/ZN/CVZ inzake de zorgkantoren*

Zorgkantoren dienen met het oog op de vraaggerichte benadering in de AWBZ in de komende tijd invulling te geven aan een aantal belangrijke taken:

- Afsluiten van zodanige overeenkomsten met zorgaanbieders dat kan worden tegemoet gekomen aan de zorgvraag. In het kader van het wachtlijstbeheer dienen verzekerden te worden ondersteund bij het verkrijgen van de zorg (zorgbemiddeling);
- Inzicht in de ontwikkelingen in de zorgvraag. (Op termijn worden de zorgkantoren hierbij ondersteund door de AWBZ-brede zorgregistratie. In paragraaf 3.4 wordt hier nader op ingegaan)
- Geschikt maken van de eigen bedrijfsadministratie voor vraaggerichte AWBZ-uitvoering, zodat op verzekerdeniveau inzichtelijk kan worden gemaakt welke zorg is geïndiceerd, welke zorg is geleverd en wat de kosten daarvan zijn. De administratie dient de zorgkantoren tevens in staat te stellen te voldoen aan de wettelijk voorgeschreven verslagleggingsvereisten ten behoeve van het toezicht en bestuur.

De bij het convenant betrokken partijen zullen ter stimulering en ondersteuning van de zorgkantoren de nodige maatregelen nemen. In het convenant zijn hierover heldere afspraken gemaakt. Er is ook een werkgroep ingesteld, waarin het departement, ZN en CVZ zijn vertegenwoordigd. Ook met het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) vindt afstemming plaats. De tripartiete werkgroep geeft verdere uitwerking aan de in het convenant gemaakte afspraken en bewaakt de uitvoering daarvan. In de werkgroep is ook aan de orde hoe de zorgkantoren kunnen worden gestimuleerd om de AWBZ-uitvoering op de gewenste wijze vorm te geven en op welke wijze de inspanningen van de zorgkantoren worden gevolgd. Dit vindt plaats door visitatie en benchmarking

van de zorgkantoren en monitoring van de aanwending van de beschikbaar gestelde beheerskosten. Deze onderwerpen worden hierna toegelicht.

*a. Incentives voor doelmatige uitvoering: visitatie en benchmarking*

Voor een goed inzicht in de prestaties van zorgkantoren worden twee instrumenten ingezet: de visitatie door ZN en benchmarkonderzoek door het CVZ. In opdracht van ZN is in oktober 2000 de Handleiding Visitatiesysteem Zorgkantoren tot stand gekomen. Deze handleiding bevat de procedure van visiteren, de samenstelling en werkwijze van de visitatiecommissie en de inhoudelijke criteria waarop de toetsing bij de zorgkantoren plaatsvindt. Op basis van deze handleiding voert een door ZN ingestelde commissie onder voorzitterschap van de heer dr. A.G.W.J. Lansink momenteel een visitatie uit onder de zorgkantoren. De uitkomsten zullen inzicht geven in de wijze waarop zorgkantoren hun taken uitvoeren. De resultaten zijn naar verwachting begin 2002 beschikbaar. Het CVZ geeft, in overleg met het departement en ZN, uitwerking aan het benchmark-instrument. Het CVZ zal dit najaar een werkplan opstellen voor de verdere ontwikkeling van de benchmark. Het feitelijke benchmarkonderzoek kan daarna van start gaan. De eerste resultaten zullen in het najaar van 2002 beschikbaar komen.

*b. Monitoring beheerskostenbudgetten*

Het CVZ heeft in de verslagperiode een monitor ontwikkeld om activiteiten en de bestedingen van de zorgkantoren in beeld te brengen en de ontwikkelingen daarin te volgen. Speciale aandacht gaat daarbij uit naar de activiteiten van de zorgkantoren in verband met «wachtlijstregistraties, -beheer en -bemiddeling in de sectoren verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg» en «persoonsgebonden budget en intensivering van productieafspraken». Hiervoor zijn voor het jaar 2001 aan het budget beheerskosten middelen toegevoegd ter grootte van EUR 19,8 mln. (f 43,7 mln.). Deze beheerskosten maken geen onderdeel uit van de begroting van het project Modernisering AWBZ die is opgenomen in paragraaf 7 van deze rapportage.

Over de opzet van de monitor is in april van dit jaar overleg gevoerd tussen VWS, ZN en CVZ.

Om overvraging te voorkomen is – rekening houdend met de (verwachte) beschikbare informatie bij zorgkantoren – ervoor gekozen alleen te vragen naar informatie die minimaal vereist is om het gevraagde inzicht in de besteding van het budget beheerskosten te kunnen geven. Hierbij is besloten om niet per kwartaal, maar halfjaarlijks gegevens op te vragen. Bij de monitoring wordt onderscheid gemaakt naar: (1) algemene informatie over de integrale beheerskosten van zorgkantoren; (2) specifieke informatie over de besteding van de voor het jaar 2001 aan het budget beheerskosten toegevoegde middelen ter grootte van f 43,7 mln.

Begin mei heeft het CVZ de zorgkantoren door middel van een vooraankondiging geïnformeerd over de monitoring van de beheerskosten.

Vervolgens heeft het CVZ eind juni de benodigde formulieren voor tot en met het tweede kwartaal 2001 verzonden. Het CVZ is doende de gegevens te verwerken en een rapportage op te stellen. Naar verwachting zal deze rapportage in de eerste helft van oktober worden uitgebracht. Zo spoedig mogelijk daarna zal de Tweede Kamer over deze rapportage worden geïnformeerd. De formulieren voor de informatie tot en met het vierde kwartaal 2001 zal het CVZ eind 2001 verzenden.

*3. Modernisering verantwoording en verslaggeving in de AWBZ*

De omzetting van aanbodsturing in vraagsturing vergt een sterke uitvoerder van de verzekering. Niet alleen komen meer beslissingen te liggen op dat niveau, ook moet daartoe bij de uitvoerder een administratie van de geleverde en bekostigde zorg per verzekerde tot stand komen,

waarin het klassieke systeem van aanbodsturing verwerking van de bekostigingsgegevens van de «instelling» volstond. Deze ontwikkelingslijn wordt tegelijk ingegeven door een nieuwe manier van verantwoorden en toezicht.

Op 1 april 2001 is de Wet Instelling College van toezicht op de zorgverzekeringen in werking getreden. De wet verplicht de uitvoeringsorganen van de wettelijke zorgverzekeringen tot het afleggen van verantwoording over de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de verzekering door middel van een financieel verslag en een uitvoeringsverslag. Voor de AWBZ is hierbij van belang dat de uitvoeringsorganen AWBZ formeel verantwoordelijk zijn, terwijl de zorgkantoren op basis van mandaat de verzekering feitelijk uitvoeren. Daaruit komt de vraag voort hoe gelet op de wettelijke verantwoordelijkheden een juiste verantwoording (van degene die verantwoordelijk is) tot stand kan komen. Tegelijk moet in een financieel verslag een verantwoording over de bestedingen worden gerealiseerd, uitgaande van een een-op-een relatie tussen de verzekerde en de betaling van zorg. De voornemens tot vraaggerichte bekostiging van zorg moeten dit mogelijk maken. Modernisering van de AWBZ en modernisering van de verantwoording en verslaggeving grijpen zodoende op elkaar in.

In het convenant dat tussen VWS, ZN en het CVZ is gesloten zijn afspraken opgenomen die moeten resulteren in een verantwoording van de zorgkantoren aan de uitvoeringsorganen AWBZ. Dit vormt vervolgens voor de uitvoeringsorganen AWBZ de basis om te voldoen aan hen op basis van de wet geldende verantwoordingsplicht. Deze regeling van getrapte verantwoording zal zijn beslag krijgen in het kader van de mandaatovereenkomst tussen de uitvoeringsorganen en de zorgkantoren. Daarnaast zijn afspraken vastgelegd over de uitvoering van taken die van zorgkantoren verwacht wordt in het kader van een gemoderniseerde AWBZ, waarbij uit is gegaan van een groeimodel. Verschillende taken hebben betrekking op het tot stand brengen van de beoogde verantwoording door een zorgkantoor. Het opzetten van een bedrijfsvoering en bedrijfsadministratie die aan de eisen van adequate verantwoording voldoet, speelt daarbij een cruciale rol. Daarin zal op verzekerdenniveau de relatie tussen de feitelijk geleverde zorg en de bekostiging daarvan moeten worden gelegd.

Het CVZ heeft gelet op zijn eigen (sturende) taken bij de uitvoering van de AWBZ zich gebogen over de haalbaarheid en de opzet van de modernisering van de verantwoording en verslaggeving in de AWBZ, dit in afstemming met het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ). De werkzaamheden hiervoor hebben geleid tot een plan van aanpak, dat u als bijlage 3 hierbij aantreft. Hierin beschrijft het CVZ welke werkzaamheden in de verschillende onderscheiden fasen moeten worden verricht teneinde over het jaar 2003 voor het eerst tot de gemoderniseerde verantwoording en verslaggeving te komen waartoe de wet verplicht. Het CVZ wijst op het krappe tijdschema: veel moet door een groot aantal onderscheiden actoren tot stand worden gebracht. Dat noodzaakt tot goede communicatie met het oog op draagvlak voor het realiseren van de veranderingen. Het CVZ zal op aangegeven ijkpunten informatie aanleveren over resultaten en voortgang. Bij relevante ontwikkelingen zal de Tweede Kamer in het kader van de voortgangsrapportages groot project AWBZ worden geïnformeerd.

Het CTZ wijst er in zijn brief van 11 juli 2001 op dat zolang de bovengenoemde ontwikkelingen, met name de realisatie van een gewijzigde bedrijfsvoering en administratie bij de zorgkantoren, nog niet zijn geïmplementeerd, het College niet in staat is te voldoen aan zijn wettelijke verplichting jaarlijks per uitvoeringsorgaan te rapporteren over de recht-

matigheid van de uitvoering van de AWBZ. Voor de modernisering van de verantwoording en het toezicht die met de instelling van het CTZ is geregeld, is voorzien dat sprake zal zijn van een groeitraject.

Op dit moment concentreert de aandacht van het CVZ en het CTZ zich op het realiseren van de gemoderniseerde verantwoording in het kader van de ziekenfondsverzekering. Dat vereist een aanzienlijke inspanning. Dat de modernisering van de verantwoording van de AWBZ iets later daarop volgt, is in dit licht ook billijk. Het biedt tevens kansen bij de aanpak voor de AWBZ gebruik te maken van de ervaringen die op het terrein van de ziekenfondsverzekering worden opgedaan. Dat de modernisering van de verantwoording en het toezicht voor de AWBZ in de tijd later volgt, wil niet zeggen dat er in de komende periode geen toezicht op de uitvoering van de AWBZ kan plaatsvinden. Dit toezicht zal evenwel op de traditionele wijze plaatsvinden, kort gezegd door middel van onderzoek door de toezichthouder zelf. De opmerking van het CTZ dat nog wordt bekeken hoe een en ander vormt krijgt voor de komende periode, heeft betrekking op de vraag hoe werkend op basis van het traditionele toezicht, zo dicht mogelijk kan worden aangesloten op de nieuwe wettelijke taak van het College. Het CTZ zal op basis van tussenresultaten van het CVZ-project daarbij nagaan of «tussenfasen» mogelijk en zinvol zijn voorafgaand aan het volledig gemoderniseerde toezicht.

### *3.4 AWBZ-brede Zorgregistratie*

Doelstelling: het ten behoeve van de uitvoering van de AWBZ en de daarmee verbonden verzekeringsfuncties (koppelen vraag en aanbod, inkoopfunctie zorgkantoor, zorgtoewijzing met name ingeval van schaarste/overbruggingszorg) realiseren van een uniforme registratie in de keten van vraag tot zorgverlening.

Op het terrein van de zorgregistratie is sedert begin 2000 forse vooruitgang geboekt. De registratie van de wachtlijsten geschiedde in het verleden als regel door de zorginstellingen zelf, met verschillende methodieken en definities. Wachtlijstonderzoeken waren doorgaans gebaseerd op enquêtes, met alle onvolkomenheden van dien. De komst van de indicatiestelling nieuwe stijl, met de ontwikkelde BIO-protocollen en formulieren is de basis geweest voor het tot stand brengen van «eenheid van taal», hetgeen een uniforme meting van de wachtlijsten mede mogelijk heeft gemaakt. Inmiddels zijn in alle AWBZ-sectoren de wachtlijsten daadwerkelijk gemeten en geanalyseerd.

Voor de sector Verpleging en Verzorging is dat gebeurd per peildata 15 mei 2000 en 1 maart 2001, voor de sector Gehandicaptenzorg – op basis van het ZRS-systeem – per peildata 1 september 2000 en 1 januari 2001 en voor de sector Geestelijke Gezondheidszorg per peildatum 1 januari 2001. De resultaten zijn ter kennis gebracht van de Tweede Kamer. Met de wachtlijstmetingen is voor het eerst goed zicht ontstaan op de feitelijke wachtlijsten. Omdat de gegevensverzameling voor deze peilingen niet op geautomatiseerde wijze plaatsvond, gingen ze gepaard met grote personele inspanningen.

Teneinde een structurele wachtlijstregistratie voor de AWBZ-sectoren te realiseren, is de ontwikkeling ingezet van een AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR). De AZR is een omvangrijk en complex informatiserings- en automatiseringsproject waarbij alle AWBZ-instellingen en gerelateerde instanties zijn betrokken: indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders. Het project omvat tevens het scheppen van voorwaarden voor gegevensuitwisseling tussen de betrokken partijen en het opstellen van tijdsplanningen voor het geheel.

De tweede voortgangsrapportage over de AWBZ-brede zorgregistratie over de periode april augustus 2001 is als bijlage bij deze voortgangsrap-

portage gevoegd. In deze paragraaf worden beknopt enige hoofdpunten uit deze rapportage toegelicht.

De niet-geautomatiseerde wachtlijstmetingen, zoals deze zijn uitgevoerd in 2000 en 2001, vormen fase 1 van het AZR-project. Ten aanzien van de twee actuele fases in het AZR-project zijn de volgende ontwikkelingen relevant:

#### *Fase 2: Implementatie structurele wachtlijstregistratie*

De voortgang van de operationele werkzaamheden voor fase 2 in de sector Verpleging & Verzorging verloopt tot dusverre op hoofdlijnen volgens de planning. De inrichting van de registratiesystemen bij de zorgkantoren verloopt volgens plan. De zorgkantoren zijn voor de sector Verpleging & Verzorging gereed om gegevens te ontvangen. De gegevensstroom vanuit de indicatieorganen en zorgaanbieders naar de zorgkantoren komt nu op gang. Indicatieorganen en aanbieders moeten de noodzakelijke gegevens in ieder geval registreren vanaf 1 september 2001. De aanlevering van fase 2 gegevens voor desector Verpleging en Verzorging is naar verwachting begin 2002 volledig operationeel. Voor de sector Gehandicaptenzorg vormt de overdracht van het Zorgregistratiesysteem (ZRS) naar de zorgkantoren een noodzakelijke stap. Er wordt momenteel een vooronderzoek uitgevoerd om zicht te krijgen op de aanvullende werkzaamheden die nodig zijn om fase 2 in deze sector volledig operationeel te krijgen. Overigens levert de Gehandicaptenzorg op basis van het ZRS-systeem al eerder relevante gegevens. Ten aanzien van de Geestelijke Gezondheidszorg is in de deelsector langdurig zorgafhankelijken reeds sprake van een gestructureerde zorgketen. In deze deelsector kan een aanvang worden gemaakt met de implementatie van fase 2. Vooralsnog wordt ingeschat dat fase 2 voor de Gehandicaptenzorg en de Geestelijke Gezondheidszorg per eind 2002 operationeel kan zijn.

#### *Fase 3: Voorbereiding registratie zorgtoewijzing.*

Nadat de structurele wachtlijstregistratie is gerealiseerd, zal het systeem vervolgens worden uitgebouwd tot een zorgregistratiesysteem dat AWBZ-breed het proces van zorgtoewijzing ondersteunt. Deze uitbouw vormt een noodzakelijke stap in de totstandkoming van een vraaggestuurde AWBZ. De registratie zal een belangrijke rol spelen in de informatievoorziening omtrent beschikbare capaciteit, de registratie van de productiegegevens en de rapportage erover. Na implementatie van fase 3 zal de AZR zorgkantoren structureel inzicht bieden in mogelijke verschillen tussen de geïndiceerde vraag en de gerealiseerde zorg. Begin 2003 zijn betreffende fase 3 de drie pilot-projecten inzake de implementatie bij de zorgkantoren gereed voor het ontvangen van de gegevens. Een eerste begin wordt dan gemaakt met de aanlevering van gegevens voor de sector Verpleging en Verzorging. Invoering van fase 3 zal voor gegevensaanleverende partijen (aanbieders en indicatieorganen) veel verdergaande consequenties hebben dan de realisatie van fase 2. Naast aanpassing van de automatiseringssystemen gaat het dan met name om organisatorische, logistieke en administratieve aanpassingen die moeten worden doorgevoerd bij deze instellingen.

Op het juridische vlak is in het AZR-traject recent ten aanzien van een drietal vraagstukken vooruitgang geboekt. Op deze aanpak wordt hieronder beknopt ingegaan.

#### 1. Voldoen aan de privacywetgeving

Omtrent de vastlegging van persoonlijke gegevens in het registratietraject heeft overleg plaatsgevonden met het College Bescherming Persoonsgegevens (voorheen de Registratiekamer). In dat verband is overeenstem-

ming bereikt over het feit dat artikel 56 van de AWBZ voldoende grond biedt voor de beoogde informatie-uitwisseling tussen partijen, mits kan worden vastgesteld dat het ook gaat om voor de taakuitoefening noodzakelijke gegevens.

## 2. Totstandkoming uniek cliëntnummer

Dit is een thema dat zich niet beperkt tot de AWBZ, aangezien er al veel langer sprake is van de wens te komen tot een uniek zorgnummer dat voor alle informatie-uitwisseling in de zorgsector kan worden gebruikt. In den brede is sprake van een tendens tot de keuze van een versleuteld Sofi-nummer als Zorg Identificatie Nummer (ZIN). De landelijke keuzevorming zal in deze leidend zijn voor AZR. Zolang met betrekking tot het ZIN geen besluitvorming heeft plaatsgevonden, zal een tijdelijk alternatief nummer worden gehanteerd.

## 3. Verplichtend opleggen van gegevensuitwisseling

Het zorgkantoor, als gemandateerd uitvoerder van de AWBZ, is verplicht gegevens over de uitvoering van de AWBZ aan VWS (i.c. CVZ) aan te leveren. Deze verplichting stoelt eveneens op artikel 56 AWBZ. Om aan deze verplichting te kunnen voldoen, is het noodzakelijk dat zorgaanbieders en indicatieorganen de noodzakelijke gegevens aan de zorgkantoren aanleveren. Om de vulling van de AZR te garanderen, zullen dus ook zorgaanbieders en indicatieorganen een leveringsplicht opgelegd moeten krijgen. Artikel 56 AWBZ biedt hiervoor voldoende basis, waarbij het uiteraard dient te gaan om voor de uitvoering van de AWBZ noodzakelijke gegevens. Bezien wordt nog of de uitwerking van deze leveringsplicht in de vorm van onder meer de aard van de betrokken gegevens en in gegevensdefiniëring separaat in regelgeving dient te worden vastgelegd.

Met de voorbereidingen voor een AZR is recent (eind 2000) van start gegaan. Het bovenstaande maakt duidelijk dat in de afgelopen periode goede voortgang is geboekt in de implementatie van de structurele wachtlijstregistratie in de AWBZ-sectoren. Er zijn reeds belangrijke tussenstappen gezet. Hierbij kan worden gedacht aan het bereiken van overeenstemming over een minimale gegevensset en aan de totstandkoming van Externe Integratie-standaarden voor de sector Verpleging en Verzorging. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat de oorspronkelijke planning – die zou leiden tot volledige invoering van de AZR medio 2002 – bijstelling behoeft. In de oorspronkelijke planning was met name de tijdsplanning van fase 3 met onzekerheden omgeven. Naarmate fase 2 vordert, wordt het mogelijk om het tijdsbeslag van de daaropvolgende stap nauwkeuriger in te schatten. Onder meer de voor fase 3 benodigde aanbestedingsprocedure is inmiddels in de planning verwerkt. Daarnaast wordt onderkend dat de ontwikkeling van de AZR een complex project is, dat een aantal ketenafhankelijkheden kent, die ertoe leiden dat bepaalde stappen pas kunnen worden gezet wanneer andere zijn afgerond. Ook is sprake van verschillen tussen de inrichting van de zorgketen in de verschillende sectoren. Met name met betrekking tot de implementatie van onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling lopen de tijdspaden per sector uiteen. Verder zijn bij dit majeure informatiseringstraject vele organisaties betrokken, die deels elk hun eigen voortgang kunnen en moeten bepalen. Op grond van genoemde nadere invulling van het tijdsbeslag is met betrokkenen overeengekomen het tijdspad van het ambitieuze invoeringstraject enigermate te verruimen tot de hierboven in relatie tot de fases 2 en 3 vermelde planning. Op deze manier wordt gewaarborgd dat de noodzakelijke voorwaarden worden gerealiseerd en er draagvlak blijft bestaan voor een succesvolle implementatie.

VWS heeft in mei 2001 Het Expertise Centrum (HEC) verzocht om een contra-expertise uit te voeren op de opzet en wijze van invoering van de AZR. Over de project-aanpak wordt door het HEC op hoofdlijnen positief geoordeeld. In het rapport wordt een aantal verbeterpunten geïdentificeerd. In bijlage 4 wordt nader op de aanbevelingen ingegaan.

### *3.5 Uitvoeringsstructuur PGB*

Doelstelling: vereenvoudigen en klantvriendelijk maken van de uitvoering en de uitvoeringsstructuur

Zoals gesteld in paragraaf 2, heeft de uitvoeringsstructuur van het huidige PGB-stelsel zich de afgelopen jaren omgeven met allerlei uitvoeringsproblemen die enerzijds te maken hebben met de systematiek van de PGB-regeling en anderzijds met de kwetsbaarheid van het omvangrijke administratieve systeem.

In paragraaf 2 zijn twee alternatieven (t.w. een budget in de vorm van contant geld of in de vorm van een voucher) geschetst ten aanzien van een nieuwe uitvoeringsstructuur die moet leiden tot minder bureaucratie en meer zeggenschap voor de klant. Deze zullen in de komende tijd worden uitgewerkt.

Op basis van die uitwerking zal het Kabinet een definitieve keuze maken. Als eerder gesteld, ontvangt de Tweede Kamer hierover informatie vóórdat de Tweede Kamer de brief van 17 juli 2001 (26 631, 25 657, nr. 14) bespreekt.

### *3.6 Toelating en uitbreiding zorgaanbod*

Doelstelling: vergroten van de keuzevrijheid en keuzemogelijkheden van de klant

In paragraaf 2 is, conform het voorstel in de brief van 17 juli 2001, weergegeven dat gekoppeld aan de functionele omschrijving van de aanspraken ook de toelating op functionele leest zal worden geschoeid. Als gevolg hiervan kunnen bestaande aanbieders hun huidig functiepakket uitbreiden en kunnen ook nieuwe aanbieders met een gedifferentieerd functiepakket worden toegelaten. In de brief die de Tweede Kamer vóór het overleg over de brief van 17 juli 2001 zal ontvangen, zal nader worden ingegaan op het implementatietijdspad van de verschillende onderdelen, waaronder de toelating.

Momenteel zijn in alle sectoren de aanspraken nog steeds in institutionele termen geformuleerd en is als gevolg hiervan ook de toelating nog geënt op deze instituties. Uitbreiding van het zorgaanbod vindt binnen dit kader op de volgende manier plaats.

Voor de thuiszorginstellingen is met ingang van 1 januari 2001 het toelatingsregime gewijzigd. De tijdelijke regeling «spreiding en behoefte thuiszorginstellingen» is komen te vervallen. Dat betekent in de praktijk dat de norm van minimaal 2 uur thuiszorg per jaar per gewogen thuiswonende voor de toelating niet meer wordt toegepast. Het CVZ beslist nu na advies van het zorgkantoor over toelating van een thuiszorginstelling. Een nieuwe thuiszorginstelling moet óf zelfstandig óf door middel van een samenwerkingsovereenkomst met een andere thuiszorginstelling de integrale aanspraak thuiszorg (art. 15 Besluit Zorgaanspraken) kunnen leveren. Het expireren van de regeling heeft er inmiddels toe geleid dat 49 thuiszorginstellingen om toelating hebben gevraagd.

Hiervan hebben inmiddels 29 een toelating gekregen en de overige 20 zijn alle in behandeling. Het effect van de nieuwe toelatingen zal pas later in

het jaar gaan blijken omdat eerst productieafspraken met de zorgkantoren moeten worden gemaakt.

Daarnaast is het voor intramurale instellingen momenteel zo dat in het kader van de wachtlijstbestrijding in de sectoren V&V en gehandicaptenzorg nieuwe toelatingen of uitbreidingen van bestaande toelatingen kunnen worden aangevraagd en gehonoreerd indien sprake is van een aantoonbare zorgbehoefte. Indien sprake is van bouw moet eerst de WZV-procedure worden gevolgd.

Tot slot is voor 2002 een aanpassing van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ in voorbereiding waarmee de aanspraken in de sector lichamenlijk en zintuiglijk gehandicapten worden geflexibiliseerd. De AmvB ligt thans bij de Raad van State en moet per 1 januari 2002 van kracht worden. Daarmee is verder geregeld dat de regeling intensieve thuiszorg kan komen te vervallen. Verder wordt in de sector V&V mogelijk gemaakt dat aanbieders binnen deze sector gelijksoortige producten kunnen aanbieden; dit uiteraard onder de conditie dat de instelling de zorg levert aan verzekerden die voldoen aan de in de aanspraak genoemde voorwaarden. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie Van Vliet c.s. (Kamerstukken 2000–2001, 24 036, 26 631, nr. 206).

### *3.7 Versterken inbreng patiënten/cliëntenorganisaties*

Doelstelling: het versterken van de inbreng van patiënten- en cliëntenorganisaties op het beleid van zorgaanbieders, zorgkantoren, indicatieorganen en overheid

Vanaf de inwerkingtreding van het Zorgindicatiebesluit per 1 januari 1998 is de bestuurlijke inbreng van patiënten- en cliëntenorganisaties in de RIO's formeel geregeld; ze zijn één van de partijen die deel uitmaken van (het bestuur van) de indicatieorganen.

Zoals in paragraaf 3.2 beschreven wordt door het NPCF gewerkt aan het versterken van de inbreng van vertegenwoordigers van patiënten/cliëntenorganisaties in het bestuur van de RIO's. Voorts is een instrument in ontwikkeling om de kwaliteit van de RIO's te meten vanuit het patiënten/cliëntenperspectief.

In paragraaf 6 over de besturing van het project is weergegeven dat intensieve raadpleging van consumenten/patiëntenorganisaties plaatsvindt in het kader van het beleid rond de persoonsgebonden bekostiging. De organisaties maken ook deel uit van de Klankbordgroep Modernisering AWBZ.

Ten aanzien van andere aspecten rond de toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg is de Tweede Kamer door middel van de nota «Met zorg kiezen» van 12 juni 2001 nader geïnformeerd.

### *3.8 Randvoorwaarden*

Doelstelling: het totstandbrengen van een op vraagsturing gebaseerd beheersingsinstrumentarium ten behoeve van een doelmatige uitvoering van de AWBZ.

In de projectbeschrijving van 17 juli 2001 is aangegeven dat met de omslag van aanbodsturing en -beheersing naar vraagsturing het van belang is dat er sprake is van een doelmatige besteding van de AWBZ-middelen. Relevante context daarbij is dat – mede op basis van uitspraken van de rechter dat op de verzekeraar/het zorgkantoor een zorgplicht rust ten opzichte van de verzekerde – het verzekeringskarakter van de AWBZ wordt hersteld hetgeen impliceert dat de inzetbare middelen in ieder

geval dusdanig moeten zijn, dat aan de zorgplicht kan worden voldaan. Daarmee is in toenemende mate de sturing op de toegang van belang.

Zoals weergegeven in voorgaande paragrafen is op een aantal trajecten voortgang geboekt ten aanzien van een op vraagsturing gebaseerd beheersingsinstrumentarium:

- in het kader van de sturing op de toegang wordt de indicatiestelling geprofessionaliseerd (paragraaf 3.2)
- de uitvoeringsstructuur wordt versterkt o.m. middels de bouw van een AWBZ-brede zorgregistratie (paragraaf 3.3 en 3.4). De contractering van zorg door zorgkantoren wordt gebaseerd op gegevens over de vraag (wachtlIJstgegevens waarvoor per sector metingen zijn verricht) en wachtlIJstmiddelen worden ingezet op basis van «boter bij de vis».
- Via benchmarking wordt inzicht verkregen in de kwaliteit in relatie tot de doelmatigheid (paragraaf 3.4)
- Door aanpassing van het toelatingsbeleid kan de markt van aanbieders worden vergroot (paragraaf 3.6) en wordt concurrentie tussen aanbieders bevorderd. Dit biedt meer mogelijkheden voor het zorgkantoor voor het afsluiten van doelmatige alsook beleidsrijke contracten gebaseerd op de vraag van verzekerden. Op termijn zal de contracteverplichting worden afgeschaft.
- Er zijn, mede uit oogpunt van doelmatigheid, bouwstenen voor de te hanteren «omslagpunten» geformuleerd (paragraaf 2).

In de projectbeschrijving is, vanwege de complexiteit van het project en het groot aantal actoren, gewezen op de randvoorwaarde van draagvlak voor het slagen van het project. Onder meer middels de projectstructuur en de vermelde activiteiten op het terrein van (tweezijdige) communicatie (zie paragraaf 6) wordt bevorderd dat zowel bij de ontwikkeling als de implementatie van het beleid partijen nauw zijn betrokken. Ook het koploperstraject, en de mogelijkheid van het uitwisselen van ervaring en ideeën door middel van de site [www.opKopZorg.nl](http://www.opKopZorg.nl), draagt bij aan het vergroten van het draagvlak (zie paragraaf 4).

#### **4. Koplopers**

Doelstelling: het faciliteren van partijen die met de modernisering van de AWBZ beoogde vernieuwingen – zoals vraagsturing, ontschotting, inrichting van de keten e.d. – met voorrang vorm willen geven.

Het karakter van de ondersteuning is niet primair het bieden van financiële ondersteuning, maar het oplossen van eventuele knelpunten en belemmeringen bijvoorbeeld ten aanzien van (de toepassing van) de wet- en regelgeving en het organiseren van een netwerkstructuur waarin ervaringen kunnen worden uitgewisseld. Dit traject is na het nota-overleg van februari 2001 over de modernisering van de AWBZ opgestart.

Op 3 juli 2001 heeft een eerste landelijke manifestatie plaatsgevonden in de Pieterskerk in Leiden. Bij die gelegenheid is tevens een ontmoetingsplaats voor de partijen betrokken bij de modernisering van de AWBZ op Internet geïntroduceerd: [www.OpKopZorg.nl](http://www.OpKopZorg.nl). Deze webstek biedt mogelijkheden tot informatievergarig en tot interactie met anderen. Vernieuwende projecten kunnen zichzelf presenteren en hun kennis en ervaring delen met anderen.

Er is een start gemaakt met de facilitering van individuele koplopers. Bij project IJburg is dat bijvoorbeeld geschied middels een uitvoeringstoets van CVZ op de plannen voor de zorgverlening op IJburg. In een invitationale conference rond IJburg zijn knelpunten besproken en afspraken gemaakt over mogelijke optredende belemmeringen en de wijze waarop deze kunnen worden aangepakt.

In het kader van het koplopertraject hebben NPCF, VNG, IPO, GGD-Nederland en ZN een onderzoek verricht naar de mogelijkheid voor het opzetten van een informatievoorziening over de vraag naar (zowel AWBZ als niet-AWBZ) voorzieningen, ten behoeve van de ontwikkeling van beleid. Dat heeft een inventarisatie opgeleverd van aard en vindplaatsen van relevante informatiebronnen voor het ontwikkelen van beleid op het terrein van zorg en diensten voor ouderen en gehandicapten.

In het komende jaar zullen meerdere – wellicht ook regionale – bijeenkomsten plaatsvinden. Leidraad hierbij is dat deelname aan het programma open staat voor alle AWBZ-partijen.

Momenteel (september 2001) wordt gewerkt aan het opstellen voor een plan van aanpak rond het koplopertraject. Medio 2002 zal een tussentijdse evaluatie plaatsvinden van het koplopertraject en zal worden bezien of de facilitering van dit traject aanpassing behoeft.

## **5. Regelgeving**

In de brief van 17 juli 2001 over de modernisering van de AWBZ en de vereenvoudiging van het PGB is aangegeven dat momenteel een nieuwe care-brede PGB-regeling in voorbereiding is die geënt is op de functies «huishoudelijke verzorging», «persoonlijke verzorging», «verpleging», «ondersteunende begeleiding» en «activerende/adviserende begeleiding».

Daarnaast wordt gewerkt aan aanpassingen van het Besluit zorg-aanspraken met het oog op de functionalisering van de aanspraken, het Zorgindicatiebesluit met het oog op het implementeren van een landelijk uniforme op functies gerichte indicatiestelling, en het Eigen Bijdragebesluit met het oog op harmonisering van de eigen bijdragesystematiek.

Zoals toegezegd in de brief van 17 juli 2001 ontvangt de Tweede Kamer een concreet implementatievoorstel inclusief tijdspad vóór de behandeling van de brief in de Tweede Kamer.

Voor de indicatiestelling zijn daarnaast de volgende activiteiten in verband met de indicatiestelling voorzien.

- Zoals vermeld in hoofdstuk 3.2, is dit najaar het eindrapport over de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit beschikbaar.
- Met het oog op de verbreding van de taakstelling van de indicatieorganen zal artikel 2 van het Zorgindicatiebesluit worden uitgebreid met de artikelen 20 t/m 20g van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekosten.
- Tenslotte wordt ernaar gestreefd nog dit jaar middels een wetvoorstel te herstellen dat het indicatiebesluit van een indicatieorgaan weer het karakter heeft van een besluit zoals bedoeld in de Algemene wet bestuursrecht

## **6. Besturing van het project**

### *6.1 Algemeen*

Het groot project modernisering AWBZ is een complex veranderingsproces met een groot aantal actoren en partijen. In de projectbeschrijving van 17 juli 2001 is de opzet en besturing van het project weergegeven. De Staatssecretaris van VWS is politiek verantwoordelijk voor het project. Ambtelijk opdrachtgever is de Directeur-Generaal Zorg. In de Stuurgroep Modernisering AWBZ, bestaande uit de directeuren van de betrokken beleids- en stafdirecties van het ministerie van VWS, vindt afstemming plaats tussen lijnzaken en projectzaken.

Als opdrachtnemer fungeert de projectdirecteur Modernisering AWBZ. Deze is onder meer verantwoordelijk voor de coördinatie tussen de

verschillende deelprojecten: persoonsgebonden bekostiging, versterken van de uitvoeringsstructuur (inmiddels is als separaat project benoemd: AWBZ-brede zorgregistratie), juridische randvoorwaarden en koplopers.

Belangrijke vraagstukken worden besproken in de klankbordgroep modernisering AWBZ, waarin alle belangrijke veldpartijen zijn vertegenwoordigd. Rond de indicatiestelling bestaat daarnaast een separate Regiegroep indicatiestelling, waarin alle partijen die betrokken zijn bij de indicatiestelling zijn vertegenwoordigd.

Voorts bestaat er een relatie tussen de Modernisering AWBZ en de Taskforce aanpak wachtlijsten voor wat betreft het registratietraject. Zowel de incidentele wachtlijstmetingen als de opbouw van de structurele AWBZ-brede zorgregistratie geschiedt onder verantwoordelijkheid van de Taskforce. De kwartaalsgewijze rapportage over de voortgang van dat traject worden eerst besproken en afgestemd in de Taskforce.

Zoals weergegeven in de inleiding, zijn in het nota-overleg van de Tweede Kamer van 5 februari 2001 over de Modernisering AWBZ de hoofdlijnen van het beleid vastgesteld. Daarbij was toegezegd dat de Tweede Kamer voor het zomerreces een uitgewerkt voorstel voor de implementatie van de persoonsgebonden bekostiging en de verruiming van het zorgaanbod zou ontvangen.

De nadere uitwerking vond plaats in de periode maart – juli 2001 in het kader van genoemde projectstructuur en op basis van een op de projectbeschrijving en de brief van 17 juli 2001 geënt werkplan. In de projectstructuur waren werkgroepen belast met het vinden van oplossingen rond een aantal onderwerpen. Op deeltrajecten zijn daartoe onderzoeken ingesteld, waarvoor externe expertise is ingehuurd. Voor de coördinatie en voortgangsbewaking is een extern projectleider aangetrokken. Vertegenwoordigers van de ministeries van Financiën, Economische zaken, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu hebben deelgenomen aan de werkgroepen ter ontwikkeling van het beleid. Vervolgens heeft interdepartementaal overleg en afstemming plaatsgevonden op DG-niveau. Over de projectstructuur is de Tweede Kamer naar aanleiding van de motie Blok (kamerstukken 2000–2001, 24 036, 26 631, nr. 203) bij brieven van 16 februari, 13 april en 28 mei 2001 geïnformeerd.

Tussentijdse resultaten zijn voorgelegd aan de Stuurgroep en de Klankbordgroep Modernisering AWBZ. De strak aangestuurde, projectmatige uitwerking heeft geleid tot een concreet voorstel aan de Tweede Kamer, zoals verwoord in de brief van 17 juli 2001.

#### *Communicatie*

Zoals ook aangegeven in de toets die bureau Twijnstra Gudde in december 2000 heeft uitgebracht op de projectbeschrijving groot project modernisering AWBZ (zie bijlage bij brief aan Tweede Kamer van 19 december 2000), is een kritische slaag/faalfactor bij dit complexe project het commitment van de diverse bij de zorg betrokken partijen. In het afgelopen jaar is derhalve fors geïnvesteerd in de communicatie met deze partijen, waarbij in het bijzonder aandacht is besteed aan de patiënten- en consumentenorganisaties.

In het kader van de projectmatige uitwerking van de plannen voor de persoonsgebonden bekostiging in de periode maart–juli 2001 zijn meerdere sessies georganiseerd om de precieze invulling te bespreken. De communicatie was tweezijdig gericht waardoor ruimte ontstond voor ideeënuitwisseling en toetsing van ideeën aan de praktijk. In verband met de verdere implementatie van de plannen in de brief van 17 juli 2001 zijn een aantal simulaties gehouden met partijen die bij de zorg betrokken zijn. Tegelijkertijd is een herstart gemaakt met de Nieuwsbrief modernisering AWBZ, waarin de verschillende partijen worden geïnformeerd over de

voortgang en dilemma's bij de implementatie van de modernisering van de AWBZ, en waarbij middels interviews en reportages wordt ingezoomd op concrete voorbeelden uit de praktijk. Zoals aangegeven in hoofdstuk 4, heeft op 3 juli 2001 een conferentie plaatsgevonden over de modernisering van de AWBZ in de Pieterskerk in Leiden, waar koplopers zichzelf konden presenteren en workshops zijn gehouden rond een drietal thema's. Op dezelfde dag is een internetsite ([www.OpKopZorg.nl](http://www.OpKopZorg.nl)) rond de modernisering van de AWBZ gestart. Op het ontmoetingsplein op de site kan men reageren op de plannen rond de modernisering van de AWBZ, kan men eigen ideeën voor het voetlicht brengen en kunnen vernieuwende projecten zichzelf presenteren.

In verband met de reguliere rapportages groot project modernisering AWBZ, die jaarlijks in februari en begin september zullen worden uitgebracht, is een draaiboek opgesteld die het stramien bevat voor de rapportages (onderhavige rapportage is conform dit stramien opgebouwd) alsmede de organisatie en tijdpad voor het vervaardigen van de rapportages. Deze aanpak dient kwaliteit en tijdigheid te waarborgen van de informatie ten behoeve van de rapportages groot project.

## 6.2 Actualisering implementatietijdpad

Onderstaand implementatietijdpad verschilt slechts weinig van het (recente) implementatietijdpad, zoals aangegeven in de projectbeschrijving van 17 juli 2001. Zoals aangegeven in deze rapportage zal de Tweede Kamer, vóórdat in de Kamer gesproken wordt over de brief van 17 juli 2001 (kamerstukken 2000–2001, 26 631, 25 657, nr. 14), informatie ontvangen over de keuzes tussen de twee uitvoeringsmodaliteiten rond het PGB en een nadere bepaling van het implementatietijdpad.

Kern bij de nadere uitwerking van het implementatietijdpad is de versneling van het traject door vooralsnog het PGB niet wettelijk te verankeren hetgeen een langdurig tijdpad impliceert, maar gebruik te maken van de mogelijkheid om de gewenste ontwikkeling rond functionalisering, ontschotting en vereenvoudiging van de PGB-regeling via de aanpassing van de PGB-regeling te laten lopen. In het onderstaande is met een asterisk (\*) aangegeven welke onderdelen reeds zijn gerealiseerd.

### Implementatietijdpad groot project Modernisering AWBZ

#### 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/clientregistraties	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	1/1/2003
– stimuleringsprogramma verbreding met Wvg	2001–2002
– koppelen registratie aan AWBZ-brede registratie	vanaf 1/4/2002
– evaluatie ZIB	najaar 2001
– ontwikkeling AWBZ-breed functioneel protocol	2001
– genereren landelijke info over indicaties	vanaf 1/4/2002

<b>Versterken verzekeringfunctie</b>		
-	implementeren AWBZ-brede registratie	2001-2003
-	bestuurlijke afspraken VWS-ZN over te leveren prestaties	maart 2001*
-	ontwikkeling visitatiesysteem zorgkantoren	2001
-	ontwikkeling benchmarkingsysteem zorgkantoren	2001
-	besluitvorming uitvoeringsorganisatie AWBZ	2002
<b>Deeltraject 3: juridische randvoorwaarden</b>		
-	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	2003
-	toets op belemmeringen in BIG en KZI	2003
-	aanpassing regelgeving kwaliteit gebouwen	jaarlijks aanpassing
-	aanpassing eigendomsbeleid vastgoed	jaarlijks
-	wettelijke verankering regiovisie	2003
<b>Deeltraject 4: koplopers</b>		
-	ontwikkeling aanpak koplopers	september 2001
-	start site <a href="http://www.opkopzorg.nl">www.opkopzorg.nl</a>	juli 2001*

### 6.3 Actualisering rapportageplanner

Gelet op uitspraken van de rechter over de zorgplicht van de verzekeraar/het zorgkantoor en de daaruit voortvloeiende aanpak van de wachtlijsten waarbij, indien er sprake is van gecertificeerde wachtlijsten, er extra gelden voor uitbreiding van de zorgcapaciteit ter beschikking worden gesteld, is het onderdeel «Versterken regionale afweging inzet extra middelen» komen te vervallen.

#### Rapportageplanner Tweede Kamer

	2001		2002		2003		2004	
	S	F	S	F	S	F	S	
<b>Deeltraject 1: Persoonsgebonden bekostiging</b>								
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			
<b>Deeltraject 2: Versterken van de uitvoeringsstructuur</b>								
Resultaten voortgangsrapportage regio's	X	X	X	X	X	X	X	X
Samenhang met niet-AWBZ-zorg	X		X		X	X		X
Verbreding indicatiestelling	X		X		X	X		
Protocollering indicatiestelling	X							
Convenant VWS-ZN	X	X			X		X	
Visitatie/benchmarking	X	X			X		X	
Besluitvorming uitvoeringsstatuten					X			
<b>Deeltraject 3: Juridische randvoorwaarden</b>								
Voortgang trajecten § 5.4 projectbeschr.	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Deeltraject 4: Koplopers</b>								
Plan van aanpak Koplopers	X							
Resultaten volgtraject koplopers		X	X	X	X	X	X	X

F: Februari, S: September.

## 7. Financiën

### Realisatie 2000

De op 17 december 2000 aan de Tweede Kamer verzonden begroting bedroeg EUR 31,6 mln (f 69,6 mln) in totaal. Deze bestond voornamelijk

uit projectkosten (EUR 0,72 mln, f 1,6 mln), indicatiestelling (EUR 16,8 mln, f 36,7 mln), en de ABWZ-brede zorgregistratie (EUR 14 mln, f 31 mln). Voor wat de indicatiestelling betreft gold dat in 2000 een deel van de werkzaamheden niet met de vereiste zorgvuldigheid gerealiseerd konden worden. Om deze reden is een bedrag van EUR 15,5 mln (f 34,1 mln) doorgeschoven van 2000 naar 2001. In 2001 was voor ondersteuning van versterking van de indicatiestelling door de RIO's reeds beschikbaar EUR 9 mln (f 20 mln), zodat in 2001 samen EUR 24,6 mln (f 54,1 mln) beschikbaar is. Dit bedrag wordt als volgt ingezet:

Aanwending	EUR x 1 mln	x f 1 mln
- regeling ten behoeve van gemeente/RIO's	18,2	40,0
- landelijke activiteiten	6,4	14,1
<b>totaal</b>	<b>24,6</b>	<b>54,1</b>

Voor de AWBZ-brede zorgregistratie is van de beschikbare EUR 14 mln (f 31 mln) is EUR 12,9 mln (f 28,4 mln) benut, voornamelijk door middel van het verstrekken van middelen (bij voorschot) aan de zorgkantoren.

#### *Begroting 2001 en verder van groot project modernisering AWBZ*

Onderstaand is opgenomen de begroting 2001 (ten opzichte van de begroting die u op 17 december jl. hebt ontvangen) voor het groot project modernisering AWBZ. Hierin zijn opgenomen de voor 2001 en latere jaren geplande uitgaven samenhangend met de modernisering van de AWBZ.

project begroting x f 1 mln	EUR x 1 mln				x f 1 mln			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
<b>apparaats- en algemene projectkosten</b>								
personeel/materieel groot project awbz	0,9	0,9	0,9	0,9	1,9	1,9	1,9	1,9
algemene projectkosten doorloop onderzoek	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
belastbaar inkomen personeel/materieel groot project awbz	0,3	-	-	-	0,7			
subtotaal	1,3	1,6	0,9	0,9	2,8	3,6	2,1	2,1
<b>versterking uitvoeringsstructuur</b>								
ondersteuningsprogramma indicatiestelling	0,8	0,8	0,8	0,8	1,7	1,7	1,7	1,7
- subsidieregeling tbv gemeenten	18,2	-	-	-	40,0			
- overige middelen indicatiestelling registratie project	9,6	17,7	17,7	17,7	21,1	39,0	39,0	39,0
zorgkantoren	11,4				25,0			
subtotaal	39,9	18,5	18,5	18,5	87,8	40,7	40,7	40,7
<b>PGB/PVB</b>								
modernisering pgb/pvb	0,5	1,7	1,7	1,7	1,0	3,7	3,7	3,7
PGB	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3
subtotaal PGB	0,6	1,8	1,8	1,8	1,3	4,0	4,0	4,0
Koplopers	0,5	0,5	0,5	0,5	1,1	1,1	1,1	1,1
<b>eindtotaal modernisering awbz</b>	<b>42,3</b>	<b>22,4</b>	<b>21,8</b>	<b>21,8</b>	<b>93,0</b>	<b>49,4</b>	<b>47,9</b>	<b>47,9</b>

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 (EUR 18,2 mln, f 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. Rond externe expertise/onderzoeken bij de indicatiestelling is voor het jaar 2001 een bedrag van EUR 2,5 mln. (f 5,6 mln.) gemoeid.