

Vergaderjaar 1998–1999

**26 631**

## **Modernisering AWBZ**

**Nr. 1**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 juni 1999

De AWBZ is de volksverzekering die langdurige zorg voor alle burgers moet garanderen. De aan de AWBZ ten grondslag liggende uitgangspunten, zoals het verzekeringskarakter, algemene toegankelijkheid, gelijke behandeling, solidariteit en betaalbaarheid, hebben hun fundamentele waarde behouden, en zijn voor dit kabinet onwrikbaar. Maar de regelgeving voor de AWBZ-sectoren behoeft dringend verbetering.

De afgelopen jaren is er een proces van zorgvernieuwing in de AWBZ op gang gekomen, omdat de wijze waarop de AWBZ functioneert op een aantal fronten niet meer aan de eisen van deze tijd voldoet. De substitutieregelingen, de zorg op maatregelingen, en het persoonsgebonden budget illustreren dat de wijze waarop de zorgaanpakken in het kader van de AWBZ zijn omschreven, te weinig ruimte biedt voor flexibiliteit en aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag van de cliënt. Binnen het bestaande stelsel werd vernieuwing mogelijk gemaakt door verfijning en stapeling van regelgeving.

Naast dit kwalitatieve vraagstuk van een verstard aanbodgericht stelsel met een toenemende maatschappelijke vraag naar flexibiliteit en vraaggerichtheid doen zich ook in toenemende mate knelpunten voor in het doelmatig functioneren van het systeem: de groei van de wachtlijsten en tegelijkertijd de omvang van financiële reserves is daarvan een indicatie.

Een gebrek aan samenhang tussen verschillende voorzieningen werkt ondoelmatigheid in de hand. Dat gebrek aan samenhang is echter mede een gevolg van de starre regelgeving. In veel regio's wordt door enthousiaste mensen gewerkt aan vernieuwing van het aanbod, vergroting van flexibiliteit en meer cliëntgerichtheid van de zorg. Maar steeds loopt men aan tegen de grenzen van het systeem. Zo zijn er projecten voor integrale ouderenzorg waar 22 regelingen in samenkomen.

Veel burgers wachten op zorg die verzekerd is via de AWBZ maar zij weten vaak niet wie zij daarop moeten aan spreken. Het lijkt erop dat er niemand is die verantwoordelijk is voor een toereikend aanbod van zorg. Er is

sprake van onduidelijke verantwoordelijkheden en er is onvoldoende balans in het systeem.

De AWBZ is dus dringend aan modernisering toe. De modernisering van de AWBZ staat niet op zichzelf. Zij maakt deel uit van een samenhangende aanpak van dit kabinet gericht op het oplossen van problemen in het functioneren van de AWBZ als zorgverzekering. Die samenhangende aanpak bestaat behalve uit de modernisering ook uit het plan van aanpak wachtlijsten, de aanpak van de werkdruk en het arbeidsmarktconvenant. Samen moeten zo de voorwaarden worden geschapen voor een beter functionerende AWBZ. De extra gelden voor de caresector die in het regeerakkoord zijn uitgetrokken bieden perspectief, maar zijn op zichzelf niet voldoende. Verbetering van de uitvoering van de AWBZ is daar bovenop hard nodig om te zorgen dat de cliënt weer centraal komt te staan en zorg op maat eenvoudiger te leveren is. In deze context past de AWBZ ook in de bredere maatschappelijke ontwikkeling waarin de zorg als maatschappelijke activiteit aansluit op wonen, werk en onderwijs.

Het plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ bevat de hoofdlijnen zoals die het kabinet voor de toekomst voor ogen staan. Doelstelling is een zodanige opzet en uitvoering van de AWBZ dat binnen de beschikbare collectieve middelen:

- de cliënt met een zorgvraag centraal staat;
- zorg op maat wordt geleverd;
- vermaatschappelijking van de zorg wordt gestimuleerd;
- de doelmatigheid wordt bevorderd.

In dit kader zijn de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden en het bijpassende instrumentarium van vitaal belang.

In de gemoderniseerde AWBZ vervult het zorgkantoor in de regio voor zijn verzekerde inwoners een spilfunctie als uitvoerder van de AWBZ. Als zodanig is het zorgkantoor verantwoordelijk voor het contracteren van zorgaanbieders zodat er voldoende zorg in de regio is, zowel in kwalitatieve als kwantitatieve zin. Gegeven deze taken wordt het zorgkantoor in de toekomst een belangrijke speler in het kader van de kostenbeheersing. De aanbieder van zorg concentreert zich op zijn kerntaak, te weten het verlenen van zorg aan cliënten, die geïndiceerd zijn. Het indicatieorgaan – een relatief nieuwe speler in de AWBZ – is verantwoordelijk voor het beoordelen van de zorgvraag en bepaalt daarmee de toegang.

Bovengenoemde partijen worden in het kader van de uitvoering van de AWBZ gestuurd door de rijksoverheid door middel van wet- en regelgeving en rijksbeleid dat AWBZ-breed of sectoraal wordt geformuleerd. Daarin past ook het van rijkswege formuleren van regelgeving inzake de toewijzing van zorg.

Samenhangend met de herijking van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van partijen wordt het instrumentarium aangepast. Centraal daarin staat het flexibiliseren van de aanspraken.

Door de aanspraken functioneel te omschrijven vindt ontkoppeling van de aanspraken van de aanbieders plaats en dat heeft gevolgen voor de met aanbieders van zorg verbonden regelgeving op basis van de WZV en de WTG.

Op termijn maken de contracteerplicht, de budgetgarantie en de toelating met bijbehorende capaciteitsbepaling, zoals die nu gelden plaats voor de functionele aanspraken, de indicatiestelling «nieuwe stijl», de toelating, het regionaal kader en de regiovisie.

De verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden laten een sturingsmodel zien, waarin de toegang tot de AWBZ onafhankelijk, objectief en integraal wordt vastgesteld en het zorgkantoor de toewijzing regelt. De aanbieder is vervolgens degene, die de zorg levert. De kaders voor de uitvoering van de AWBZ worden gesteld door de rijksoverheid in termen van beleid en beschikbare middelen, waaraan partijen zich hebben te houden.

Gegeven de behoefte aan regionalisering in de zorg is de regiovisie het instrument waarin provincies en vier grote steden gezamenlijk met patiënten- en consumentenorganisaties, gemeenten, aanbieders en het zorgkantoor richting geven aan het zorgbeleid en de afstemming met aanpalende terreinen, zoals wonen, welzijn, onderwijs en arbeid.

De aan dit sturingsmodel ten grondslag liggende uitgangspunten sluiten aan bij het door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg eind 1997 uitgebrachte advies over de modernisering van de AWBZ, voor zover dat betrekking heeft op de besturing. Daarin wordt gepleit voor een omslag naar vraaggerichtheid en functioneel; omschreven (deel)aanspraken in een regionaal georganiseerde doelmatige uitvoering van de zorg, waarin een goed gepositioneerd en geoutilleerd zorgkantoor een spelfunctie vervult. Bij die regionale invulling past ook afstemming op aanpalende beleidsterreinen en het indiceren in die beleidssectoren. Om hieraan vorm te geven is – zo zegt de RVZ in zijn advies – een regiefunctie van de rijksoverheid geboden.

De – zoals gezegd – in hoofdlijnen uitgezette koers staat in de nota «Zicht op Zorg». De weg naar dit eindmodel toe vergt een aantal jaren. Stap voor stap zal in een evenwichtige benadering het bestaande instrumentarium kunnen worden aangepast. In de implementatiestrategie wordt ervan uitgegaan dat in de eerste periode de veranderingen plaatsvinden binnen het bestaande instrumentarium om te voorkomen, dat er een vacuüm ontstaat, zowel uit oogpunt van wet- en regelgeving en kostenbeheersing, als uit oogpunt van het voldoende uitgerust zijn van de zorgkantoren en indicatieorganen voor hun taak. In deze benadering past ook het bieden van experimenteeruimte aan regio's, waar partijen gezamenlijk binnen de in «Zicht op Zorg» uitgezette koers aan de slag willen. Bij deze u stapsgewijze implementatie past het tijdens het veranderingsproces tussentijds monitoren van de vorderingen. In dit kader zijn de kwaliteit van het functioneren van de zorgkantoren en de indicatieorganen van belang en het introduceren van in ontwikkeling zijnde en nieuwe instrumenten in plaats van het huidig instrumentarium.

Deze aanpak sluit aan op de in de achter ons liggende periode al in gang gezette ontwikkelingen. Genoemd kunnen daarbij worden de aanpak in de thuiszorg, de modernisering ouderenzorg, de community-care in de gehandicaptenzorg, de beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg, de flexibilisering in de aanspraken, het persoonsgebonden budget, de indicatiestelling «nieuwe stijl» en de meerjarenafspraken op de onderscheiden terreinen.

In het plan van aanpak en de bijlagen<sup>1</sup> is AWBZ-breed het kader aangegeven waarbinnen de diverse lopende activiteiten zich afspelen en in welk perspectief deze activiteiten moeten worden gezien. Naar de toekomst toe ligt de uitdaging in het operationaliseren van al die activiteiten en de voornemens in «Zicht op Zorg». Welke gevolgen dat heeft voor de wet- en regelgeving is verwoord in de bijlage bij het plan van aanpak over het instrumentarium. Daarin komt ook naar voren de weerbarstigheid in termen van verandering.

---

<sup>1</sup> De bijlagen zijn ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

Dat het veld in de implementatie van «Zicht op Zorg» een vooraanstaande rol moet spelen, is duidelijk. In de praktijk van zorg- en dienstverlening van alle dag moet het plan van aanpak gestalte krijgen en daarom is die betrokkenheid bij de invoering van meet af aan geboden. Dat komt ook naar voren in de bij het plan van aanpak gevoegde notitie «Koplopers in beleid en praktijk», waarin voorbeelden uit de praktijk worden «tentoongesteld». In recent gehouden bestuurlijk overleg met patiënten- en consumentenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheden hebben alle betrokken partijen uitgesproken energie te willen steken in een stapsgewijze gezamenlijke implementatie.

Het plan van aanpak wordt gepresenteerd onder het motto «Zicht op Zorg». Zicht op zorg in de eerste plaats voor de cliënt, die zorgafhankelijk is, omdat er beperkingen zijn door een handicap, een ziekte of gebreken bij het klimmen van de jaren. Zicht op zorg uit oogpunt van toegankelijkheid, betaalbaarheid en gelijke behandeling. Zicht op zorg in verband met de werkelijke behoefte, het beschikbare aanbod, de doeltreffendheid van de geleverde zorg en de doelmatige inzet van de beschikbare middelen, of anders gezegd de «echte» kloof tussen de behoefte en het aanbod.

Uiteraard zal ik graag met u over de modernisering van de AWBZ van gedachten wisselen.

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

Inhoudsopgave	Pagina
<b>1. Introductie</b>	<b>6</b>
<b>2. Problemen en dilemma's</b>	<b>6</b>
2.1. Problemen in het huidige functioneren	7
2.2. Noodzaak en wil tot vernieuwen	9
<b>3. Doelen van de modernisering</b>	<b>11</b>
3.1. De cliënt centraal	11
3.2. Vermaatschappelijking	12
3.3. Kostenbeheersing als voorwaarde	13
3.4. De modernisering	13
<b>4. Verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de gemoderniseerde AWBZ</b>	<b>14</b>
4.1. Rechten en plichten	14
4.2. De cliënt	15
4.3. Het indicatieorgaan	17
4.4. Het zorgkantoor	18
4.5. De zorgaanbieder	20
4.6. De overheden	21
<b>5. Instrumentarium in de gemoderniseerde AWBZ</b>	<b>23</b>
5.1. Aanspraken, producten en prijzen	23
5.2. Indicatiestelling	26
5.3. Regionaal kader	26
5.4. Toelating	28
5.5. Regiovisie	28
<b>6. Bestuursorganen en toezicht</b>	<b>30</b>
<b>7. Invoeringsstrategie</b>	<b>30</b>
7.1. Implementatietraject	31
7.2. Projectaanpak	34
<b>8. Tot slot</b>	<b>34</b>

## ZICHT OP ZORG

### (plan van aanpak modernisering AWBZ)

#### 1. Introductie

Het Regeerakkoord van het tweede paarse kabinet bevat het voornemen de AWBZ te moderniseren met het oog op het realiseren van een stelsel dat beter aansluit bij de ontwikkelingen in de vraag naar zorg. Vervolgens geeft het Regeerakkoord aan dat bij de modernisering niet alleen de AWBZ als wet aan de orde is, maar het gehele stelsel van sturing en financiering, waarbinnen de AWBZ-zorg wordt geleverd. Het AWBZ-pakket zelf staat als zodanig niet ter discussie. Binnen de huidige reikwijdte gaat het om de sectoren verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Ook staan de aan de AWBZ ten grondslag liggende uitgangspunten, zoals het verzekeringskarakter, de algemene toegankelijkheid, betaalbaarheid, gelijke behandeling en solidariteit niet ter discussie. Wel komt de samenhang met aanpalende terreinen, zoals wonen, welzijn, gezondheid en arbeid aan de orde.

Eind vorig jaar is het project modernisering AWBZ gestart en is opdracht gegeven, binnen bovenstaande randvoorwaarden, een plan van aanpak modernisering AWBZ op te stellen. Gekozen is voor een procesaanpak, waarin in wisselwerking met het veld «van buiten naar binnen» is gewerkt. Om die wisselwerking met het veld gedurende het proces inhoud te geven, is per fase met hun vertegenwoordigers (AWBZ-breed: de patiënten- en consumentenorganisaties, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars, de gemeenten en de provincies) in een klankbordgroep van gedachten gewisseld. Voor de informatie aan het veld is via de in de klankbordgroep vertegenwoordigde organisaties de nieuwsbrief Modernisering AWBZ verspreid.

Het plan van aanpak is stapsgewijs tot stand gekomen. In de eerste fase zijn naast het definiëren van het «speelveld» de problemen geïnventariseerd. Vervolgens zijn deze geanalyseerd en is een aantal dilemma's in kaart gebracht. In de volgende fase zijn de contouren voor een sturingsconcept geschetst. Deze contouren zijn in de laatste fase uitgewerkt tot onderstaand plan van aanpak. Achtereenvolgens komen daarin aan de orde: de problemen en dilemma's (paragraaf 2), de doelen van de modernisering (paragraaf 3), de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden (paragraaf 4), het instrumentarium (paragraaf 5), de bestuursorganen en het toezicht (paragraaf 6) en – tot slot – de invoeringsstrategie (paragraaf 7).

Het plan van aanpak draagt het motto «Zicht op Zorg». Zicht op zorg in de eerste plaats voor de cliënt, die zorgafhankelijk is, omdat er beperkingen zijn door een handicap, een ziekte of gebreken bij het klimmen van de jaren. «Zicht op Zorg» uit oogpunt van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en gelijke behandeling. «Zicht op Zorg» in verband met de werkelijke behoefte, het beschikbare aanbod, de doeltreffendheid van de geleverde zorg, de doelmatige inzet van de beschikbare middelen en de «echte» kloof tussen de behoefte en het aanbod.

#### 2. Problemen en dilemma's

Zoals in de introductie aangegeven is, is gestart met het inventariseren van de knelpunten. Gekozen is voor een aanpak, waarin de door cliënten en partijen in het veld ervaren problemen in de huidige structuur en werking van de AWBZ het vertrekpunt vormen. Er is een twaalfstal paneldiscussies georganiseerd, waar alle bij de AWBZ betrokken partijen

hun inbreng konden leveren. Eerst met patiënten- en consumentenorganisaties, daarna in twee regio's AWBZ-breed, vervolgens met indicatieorganen, aanbieders, verzekeraars, weer twee regio's en tot slot de «Thorbeckekolom» (gemeenten, provincie en rijk), de bestuursorganen (ZFR, CvZ en COTG) en de aanpalende AWBZ-sectoren. Op basis van deze ronde is een probleemanalyse opgesteld, die als bijlage 1 bij dit plan van aanpak is gevoegd, inclusief de samenvatting van resultaten van de paneldiscussies. Onderstaand worden de problemen op hoofdpunten op een rijtje gezet.

### *2.1. Problemen in het huidige functioneren van het AWBZ-systeem*

- a. Het gaat goed met de zorg en het gaat niet goed. Goed gaat het wanneer de zorg in Nederland afgezet wordt tegen een internationale context. In de zorg gaat het goed wanneer we kijken naar de kwaliteit, de infrastructuur, het niveau van de zorg, de goed opgeleide professionals, innovatie, etc. Maar het gaat ook niet goed met de zorg. In zekere zin neemt alles toe: de financiën (veel meer), de zorgbehoeften, de wachtlijsten, de werkdruk, de regelgeving, de overhead. Mensen die zorg nodig hebben en ook degenen, die er om heen staan hebben echter het gevoel dat er juist minder geld komt en dat dat beschikbare geld ook nog niet goed wordt besteed. De cliënt ziet soms door de bomen het bos niet meer en heeft weinig mogelijkheden zelf greep te krijgen op de zorg waarvoor hij of zij verzekerd is.
- b. De zorg die op basis van de AWBZ geleverd wordt, kenmerkt zich door aanbodsturing of nog preciezer: sturing via de aanbieder. Om dat te effectueren is de verzekeringswet AWBZ omgeven door de WZV en de WTG, 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 het huidige systeem staat niet in de eerste plaats de gevraagde zorg voorop, maar het aanwezige aanbod. Wanneer het aanbod er niet is, resteert de wachtlijst.

Het kan voorkomen – en dat gebeurt ook – dat er nog geld is bij de ene aanbieder terwijl de andere aanbieder geld te kort komt en de gevraagde zorg niet kan leveren. Aan de ene kant is er geld over en aan de andere kant ontstaat er een wachtlijst. Dat is aan de «bewoners» van de wachtlijsten niet uit te leggen.

- c. In de 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 aanbodsturing gaat er vanuit dat de aanbieder niet alleen zorg verleent, maar ook het zorgvolume reguleert of anders gezegd de schaarste verdeelt. Om die rol te vervullen kan de aanbieder zich beroepen op overmacht omdat er onvoldoende geld, personeel, etc. is om vervolgens te verwijzen naar de overheid of beter gezegd de politiek.
- d. Om uit het aanbod te halen wat er in zit, worden binnen het geldende systeem nadere regels getroffen om de bedrijfsvoering van aanbieders te stroomlijnen. Dat wordt door managers in het veld geoperationaliseerd in een strak geplande inzet van mensen en middelen. Daardoor ontstaat voor de cliënt (al dan niet terecht) het beeld van stopwatchhulp, zorg op momenten van de dag waarop je het niet nodig hebt, of second-best oplossingen. En dat zet de relatie cliënt–zorgaanbieder onder druk. Met name de directe zorgverlener verliest het plezier in het werk. De zorg op maat wordt voor de verzorger, de verpleegkundige en de behandelaar vaak zorgverlening in het corset van roosters en protocollen. En ook neemt de juridisering toe met voor de cliënt, die ontevreden is, bezwaar en beroep als zekerheid. Dit alles

- zoals eerder gezegd – in een omgeving met een relatief goed zorgniveau.
- e. Overigens wil de aanbieder graag inspelen op de vraag van de cliënt. Flexibilisering van de zorg, transmuralisering, extramuralisering, zorg-op-maat en zorgvernieuwing zijn daarvan het resultaat. Om dat mogelijk te maken is er het nodige geregeld om aan het vereiste van rechtmatigheid te voldoen: substitutie, persoonsgebonden budget, subsidieregelingen, fondsen voor zorgvernieuwing, flexibilisering van de aanspraken, etc. Op zich genomen positieve ontwikkelingen, maar in de huidige regelgevingssystematiek met het risico van meer bomen en minder bos voor zowel de cliënt als voor de aanbieder, maar ook voor de overheid, omdat vernieuwing in deze opzet uitsluitend mogelijk is via verdere uitbreiding en verfijning van regelgeving.
  - f. Het inspelen op de vraag van de cliënt maakt ook de behoefte van de cliënt op zorg-op-maat thuis of dicht bij huis duidelijker zichtbaar. Belemmeringen in regelgeving binnen sectoren en tussen sectoren worden door cliënten niet begrepen in de context van de heersende beleidsopvattingen.
  - g. De kostenbeheersing is al even aangestipt. In instrumentele termen zijn de WZV en de WVG daarvoor de werktuigen. In de dagelijkse praktijk zijn de aanbieders op basis van de budgettering gebonden aan een budget. Overschrijding in dit model leidt 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. Dat «parkeerbeleid» eist veel aandacht op. Op de wachtlijsten staan schrijnende gevallen, die acuut hulp nodig hebben, maar er staan ook wachtenden op die pas na verloop van tijd zorg nodig hebben (voorzorgswachtenden).  
De wachtlijsten zijn (nu nog beheerd door de instellingen) bovendien een pressiemiddel om de druk om meer geld voor de sector op te voeren en ze zijn een middel om bij de verdeling van de beschikbare volumegroei prioriteit te krijgen. Tot slot ontstaat er ruimte om de cliënt in het ongewisse te laten als het gaat om het geven van antwoord op de vraag wie nu echt verantwoordelijk gesteld kan worden voor het uitblijven van zorg waarvoor men verzekerd is. Duidelijk is in ieder geval dat het huidige sturingssysteem er niet toe leidt dat de werkelijke «kloof» tussen behoefte en aanbod zichtbaar wordt en dat het verschil in middelen tussen beide met enige zekerheid is aan te geven.
  - h. De spanning tussen die vraag naar zorg en het aanbod zal manifester worden. De demografische ontwikkelingen, de toenemende eisen die aan de kwaliteit van de zorg worden gesteld en de vooruitgang in de wetenschap en de technologie zullen de vraag naar zorg vergroten en daarmee de druk op het beschikbaar te stellen budget.
  - i. In deze context mag de informatievoorziening – of beter gezegd – het gebrek daaraan niet ontbreken. Er zijn ongetwijfeld veel gegevens, maar de bruikbaarheid daarvan laat te wensen over. Inzicht in de vraag, de werkelijke behoefte, het beschikbare aanbod, de inzet en de doeltreffendheid van de zorg en de beschikbare middelen ontbreekt of is niet voorhanden in onderlinge samenhang en op geaggregeerd niveau.
  - j. Nog niets is tot nu toe gezegd over de uitvoeringsorganisatie in dit verzekeringsstelsel. In termen van positie komt de uitvoeringsorganisatie – met als beeldbepalende factor het zorgkantoor – ook marginaal in beeld. Overeenkomsten worden gesloten over te leveren productie, maar de aanbieder is van tevoren al verzekerd van zijn financiering. Al te veel heeft het zorgkantoor op dit moment niet in de melk te brokkelen. Er is in zekere zin sprake van een zorgkantoor met een voor zijn taak te beperkte uitrusting met het accent op administratieve invulling van zijn taak. Daarom werd het vroeger als verbindingskantoor niet voor niets «administratiekantoor» genoemd.

- k. De rijksoverheid, die in deze analyse op verschillende momenten ten tonele is gevoerd, zit in een lastig parket. Enerzijds een zorgveld met een privaat karakter en een eigen verantwoordelijkheid, en anderzijds een verzekeringssysteem met aanspraken voor verzekerden. Enerzijds mondige cliënten die verzekerd zijn en anderzijds beroepsbeoefenaren met een eigen onafhankelijke professionele opstelling ten opzichte van de hulpvrager. Sturen in een dergelijke complexe omgeving heeft al gauw het karakter van het als tweede fietser op de tandem tegen de wind in trappen. Beleidsvisies – al dan niet sectoraal –, regiovisies, aanwijzingen, informatie, het jaaroverzicht zorg, etc. hebben in die context van een aanbiedergestuurd systeem maar een beperkte invloed.

## *2.2. Noodzaak en wil tot vernieuwen*

Wellicht resteert na lezing van het voorgaande een wat somber beeld maar het is de uitkomst van een «rondje langs de velden», zoals uiteengezet aan het begin van deze paragraaf. Maar dat sombere beeld verdwijnt naar de achtergrond als in het veld de wil tot verbetering volop aanwezig blijkt.

In het veld worden talloze initiatieven ontwikkeld om de vernieuwing in de praktijk van de zorg- en dienstverlening van alle dag handen en voeten te geven. Aanbieders, beleidsmakers en verzekeraars willen veranderingen. Maatschappelijke organisaties zetten vernieuwingsprojecten op. Goed gemotiveerde hulpverleners staan dag in dag uit klaar voor cliënten. Vrijwilligers steken veel energie en vrije tijd in zorginstellingen en mantelzorgers zijn vaak onmisbaar in hun naaste omgeving. De patiënten en consumenten rekenen op veranderingen en de politieke wil daartoe is verwoord in het Regeerakkoord.

In het Regeerakkoord gaat het om het centraal stellen van de cliënt en het leveren van zorg-op-maat. Flexibilisering van aanspraken, tariefdifferentiatie naar zorgzwaarte en ontschotting worden genoemd om het aanbod en de financiering de vraag te laten volgen. De regionalisering krijgt gestalte in de regiovisie en in een stevige positie voor het zorgkantoor. Het niet meer van toepassing laten zijn van de WZV voor kleinschalige woonvormen en andere voorzieningen waar de woon- en verblijfsfunctie centraal staat, moet een bijdrage leveren aan een nieuwe ordening van wonen en zorg in de toekomst. En als element van versterking van de vraagsturing in de zorg zal het persoonsgebonden budget verder worden uitgebreid.

Deze hoofdpunten uit het Regeerakkoord geven aan dat de modernisering gericht is op het oplossen van een aantal knelpunten in de uitvoering van de AWBZ.

Overigens is er een aantal dilemma's, die gemakkelijker zijn te verwoorden dan op te lossen. Zo is er de vraag naar het definiëren van begrippen als vraagsturing en vraaggerichte zorg. In het advies «naar een meer vraaggerichte zorg» van mei 1998 heeft de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg het begrip «vraagsturing» verbonden met het binnen de structuur en de financiering van de zorg en de direct aanpalende beleidsterrein creëren van mogelijkheden om beter in te spelen op wat patiënten willen en belangrijk vinden. Vraaggerichte zorg wordt omschreven als een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener om hulp te verlenen die tegemoet komt aan wat de patiënt wenst en verwacht en die professioneel verantwoord is. De vraagsturing wordt door de RVZ op macro-niveau gepositioneerd ter facilitering van vraaggerichte zorgverlening op micro-niveau. Het onderscheid tussen het vormgeven van de besturing op macroniveau en het op microniveau

tegemoet komen aan de individuele hulpvraag manifesteert zich op verschillende punten.

Zo is er de vraag naar zorg versus de beheersing van de kosten en de schaarste versus de zorgplicht. Het zijn kenmerken van een collectief gefinancierd verzekeringssysteem, waarbij het de vraag is hoe de kostenbeheersing op macroniveau hand in hand kan gaan met doelmatigheid op microniveau.

Min of meer vergelijkbaar is de behoefte aan het enerzijds maximaliseren van de keuzevrijheid van de cliënt om de benodigde zorg te verkrijgen en anderzijds de noodzaak voor de overheid een minimale zorginfrastructuur te garanderen die in essentie genoemde keuzevrijheid weer beperkt. Bij die infrastructuur hoort ook voldoende personeelscapaciteit. Uitgaande van de begrippen van de RVZ is het gezien deze dilemma's niet goed mogelijk om op macroniveau aanbodsturing zomaar te vervangen door vraagsturing. Wel zal op weg daarheen het systeem zo worden ingericht, dat het leveren van vraaggerichte zorg een vanzelfsprekend gevolg zal zijn.

Van een andere aard, maar wel samenhangend met de infrastructuur van zorg, is de relatie van de AWBZ-gefinancierde zorg met aanpalende beleidsterreinen, zoals wonen, welzijn en arbeid. Naarmate de zorg-op-maat gedachte terrein wint, neemt de behoefte aan een combinatie van voorzieningen over de grenzen van beleidsterreinen heen toe. Meer en meer manifesteert zich de behoefte aan afstemming tussen voorzieningen die vanuit verschillende stelsels worden gestuurd (territoriale en functionele decentralisatie) en gefinancierd (begrotingsmiddelen versus premies).

Het functioneel benoemen van de aanspraken maakt in de context van de samenhang met aanpalende sectoren de noodzaak tot afstemming alleen maar groter. In dit verband is ook de afstemming van taken en verantwoordelijkheden tussen de verschillende overheidsniveaus relevant. De behoefte aan versterking op regionaal niveau met het oog op de concrete zorgverlening is onomstreden, maar het evenwichtig verdelen van bevoegdheden is dat niet.

Tot slot brengt de versterking van de rechtspositie van de cliënt het risico met zich mee van een juridisering met bijbehorende bureaucratie. Er is geen medaille of hij heeft twee kanten. Het zijn dilemma's, die enerzijds voortvloeien uit verschillende aspecten in de maatschappelijke ontwikkelingen en de problematiek van de uitgaven en die anderzijds samenhangen met in de loop van de jaren gegroeide situatie in de zorgsector. Dilemma's, die in het kader van de modernisering van de AWBZ ook maar ten dele zullen en kunnen worden opgelost. En dat sluit aan bij de insteek in het Regeerakkoord voor een stapsgewijze modernisering van de AWBZ.

Deze stapsgewijze benadering en vooral de positieve ontwikkelingen in het veld stemmen optimistisch om de knelpunten in de uitvoering van de AWBZ op te lossen in het kader van het moderniseringstraject. Met name het gegeven dat de veranderingen in de regio op gang worden gebracht door mensen en organisaties – soms tegen de stroom op – is de beste garantie voor verbetering.

De notitie «Koplopers in beleid en praktijk», die als bijlage 2 bij dit plan van aanpak is gevoegd, is hiervan het «levende» bewijs. Het is zaak om deze positieve ontwikkelingen als vertrekpunt te nemen in het moderniseringstraject, met als doel «Zicht op Zorg».

### 3. Doelen van de modernisering

De AWBZ verzekert mensen, die zorg nodig hebben voor een aanspraak op die zorg. Het verzekeringskarakter ligt van oorsprong aan de AWBZ ten grondslag. En dat geldt ook voor het solidariteitsbeginsel. Die solidariteit heeft twee kanten. Aan de ene kant is er de bereidheid in de samenleving om premies collectief op te brengen.

Aan de andere kant is er de plicht om die collectieve middelen verantwoord, in termen van kwaliteit en aanvaardbare kosten, te besteden aan zorg voor mensen die dat nodig hebben.

De zorgverlening op basis van de AWBZ is geen geïsoleerde activiteit. De zorgverlening speelt zich af in een omgeving met normen en waarden, en wordt sterk beïnvloed door maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Kortom, het beleid om het beoogde doel te bereiken, is doorlopend aan vernieuwing toe omdat opvattingen, omstandigheden en ontwikkelingen veranderen. In het huidige tijdsbeeld domineren twee invalshoeken, te weten: het centraal stellen van de cliënt (mede als reactie op de institutioneel georganiseerde AWBZ) en het vermaatschappelijken van de zorg- en dienstverlening (het vergroten van samenhang als reactie op verkokering, zowel binnen de zorg als tussen de zorg en andere stelsels). Het centraal stellen van de cliënt duidt op de oriëntatie op de vraag van de cliënt. Cliënten hebben veelal behoefte aan een combinatie van dienst- en hulpverlening dwars door grenzen van sectoren of van regelgeving.

#### 3.1. De cliënt centraal

Het centraal stellen van de cliënt vooronderstelt het serieus nemen van de cliënt als mondige burger, die zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn of haar eigen situatie. Primair betekent dat: zo lang mogelijk op eigen benen staan en zorgafhankelijkheid zo lang mogelijk voorkomen. Waar cliënten niet zelf in staat zijn hun positie te bepalen, is er veelal sprake van een zaakwaarnemer, die voor de belangen van de cliënt staat. Voor het positioneren van de cliënt in de zorgketen draagt de Nationale Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF) een viertal uitgangspunten aan om de vraaggerichte benadering concreet invulling te geven. Als eerste wordt genoemd de zelfbeschikking van de cliënt. Dat heeft gevolgen voor de inrichting van het zorgsysteem en de zorgverlening. Als tweede de cliënt als burger, hetgeen voor het zorgsysteem betekent dat het zich richt op de ondersteuning van de cliënt in het eigen bestaan. Op basis daarvan wordt de cliënt zoveel mogelijk benaderd als eenheid van organisatie en financiering.

Het derde uitgangspunt gaat over de individuele diversiteit, op basis waarvan het zorgsysteem een divers en flexibel aanbod levert. En het vierde gaat uit van het principe van rechtvaardige verdeling bij de inrichting van het bestel, zodat de zorg zonder aanzien van de persoon en het inkomen wordt verleend.

Gegeven deze uitgangspunten is een belangrijke ambitie van de modernisering het op alle niveaus in het bestel maken van de – omslag van aanbod – naar vraaggerichtheid. Langs twee wegen wordt daaraan vorm gegeven. Ten eerste door belemmeringen in de bestaande structuur weg te nemen. Ten tweede door het creëren van nieuwe instrumenten die moeten leiden tot een duidelijke verbetering van het proces van hulpvraag tot hulpverlening en tot een substantieel sterkere positie van de cliënt daarin. In deze context gaat het om het ontmantelen van barrières en schotten tussen hulpverleners, organisaties en geldstromen, om te beginnen binnen AWBZ-sectoren en gaandeweg ook daartussen. Het

verlenen van zorg op maat aan de zorgvrager wordt beter mogelijk door het flexibiliseren van de (deel)aanspraken.

Het functioneel omschrijven van die aanspraken leidt tot ontkoppeling van de aanspraken van de aanbieders, zodat de cliënt in overleg met aanbieders zijn uiteindelijke keuze en afweging kan maken, mede gebaseerd op een goed inzicht in de (on)mogelijkheden van het aanbod.

In de zorgketen vormt de hulpvraag van de cliënt het uitgangspunt. Die hulpvraag wordt beoordeeld door het indicatieorgaan en vervolgens door het zorgkantoor toegewezen, waarna de hulp kan worden verleend. Het ondersteunen van cliënten bij het verduidelijken van hun hulpvraag is voor bepaalde doelgroepen van belang. In dit kader zijn in de gehandicapten- en de ouderenzorg consulenten en adviseurs actief.

Voor het beleid is het nodig dat de zorgbehoefte op regionaal niveau wordt gemeten en gemotiveerd op met het oog op gerichte ondersteuning van patiënten- en cliëntorganisaties bij het invulling geven aan (bestuurlijke) rollen bij indicatieorganen, zorgkantoren, regiovisies en dergelijke.

### *3.2. Vermaatschappelijking*

De behoefte om ongeacht de grenzen van sectoren en regelgeving inhoud te geven aan de zorg- en dienstverlening wordt nog versterkt door de beoogde vermaatschappelijking, die tot uitdrukking komt in zorg thuis of zorg dicht bij huis in de eigen woon- en leefomgeving. En daarmee komt de gewenste ontkokering binnen de AWBZ en de samenhang met aanpalende sectoren, zoals wonen, welzijn, gezondheid, onderwijs en arbeid in beeld. Het accent komt in de samenhang overigens meer en meer te liggen bij primaire functies zoals wonen en welzijn op lokaal en regionaal niveau, terwijl het grensverkeer met andere sectoren beperkter is. Met de cure is dat zo'n 10% van de AWBZ en dat percentage varieert per sector binnen de AWBZ.

Die samenhang komt dus niet – zoals in het verleden wel eens gedacht – op rijksniveau tot stand in grootscheepse planningskaders met bijhorende regelgeving. Wel kan op rijksniveau worden besloten – en dat is ook in het kader van de AWBZ wel gebeurd – tot verbreding van de reikwijdte van een bepaalde regeling uit oogpunt van samenhang. De behoefte aan samenhang presenteert zich meestal primair in de zorg- en dienstverlening in de praktijk van alle dag, waar zorgverleners de handen uit de mouwen steken. In dit kader is het goed om te constateren dat hulpverleners en zorgaanbieders veelal kans zien onafhankelijk van of ondanks de regelgeving hun werk naadloos op elkaar aan te laten sluiten. Daarmee is het lokaal en regionaal niveau de belangrijkste voedingsbodem voor dit denken.

Op lokaal en regionaal niveau worden vernieuwingen op gang gebracht en samenwerkingsverbanden gevormd tussen organisaties die in verschillende sectoren werken, gericht op het doeltreffend antwoord geven op vragen om zorg- en dienstverlening in de eigen woon- en leefomgeving (community-care). De recent gepresenteerde Welzijnsnota 1999–2002 geeft daaraan concrete uitwerking.

Deze visie plaatst de aanspraken van de AWBZ in een brede context van zorgen dienstverlening en vraagt ook in termen van sturing om afstemming van de AWBZ met zorg- en dienstverlening in aanpalende sectoren.

### *3.3. Kostenbeheersing als randvoorwaarde*

Het verzekeringskarakter en de beschikbare collectieve middelen vragen om een evenwichtige benadering van de verhouding tussen vraag en aanbod. Zo zijn er grenzen aan de beschikbare groei, zowel aan de premiekant (in verband met arbeidskostenontwikkeling) als aan de op basis daarvan beschikbare zorg. De spanning tussen vraag en aanbod is inherent aan de grondslag van de AWBZ. Dat vergt op politiek-bestuurlijk niveau keer op keer afwegingen: wel of geen extra gelden; wel of geen of hogere of lagere eigen bijdragen; wel of geen premieverhoging; wel of niet inperken van de aanspraken van verzekerde; wel of niet accepteren van wachten op zorg; wel of niet prioriteren van de mate van urgentie in de zorg.

In een collectief gefinancierd stelsel is de overheid ten principale verantwoordelijk voor het beantwoorden van die vragen (de «probleem-eigenaar»). De verantwoordelijkheid voor het bestel brengt dat met zich mee. De overheid geeft aan dat bestel invulling door middel van een verzekering die moet leiden tot resultaat voor de verzekerden, die zorg nodig heeft.

Het verzekerd zijn voor zorgverlening krijgt een invulling door het vaststellen van het pakket waarop de verzekering betrekking heeft. Het verzekeringspakket is nu geformuleerd in termen van zorgaanspraken in de sectoren verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. In deze moderniseringsoperatie staat dit pakket als zodanig niet ter discussie, maar uiteraard is het pakket als zodanig wel een beleidsvariabele. Het pakket is periodiek onderwerp van politieke besluitvorming als één van de factoren in het genoemde spanningsveld van vraag naar zorg en beschikbaar budget.

Als sluitstuk komt de beheersing van de uitgaven van de AWBZ aan de orde. Uitgangspunt daarbij vormt het macrokader in het Jaaroverzicht Zorg (JOZ). Voor de gemoderniseerde AWBZ is het uitgangspunt dat dit macrokader zijn vertaling krijgt in regionale kaders. Zo'n regionaal kader is in de startfase voor de care de optelsom van alle instellingsbudgetten en de daaraan toe te voegen volumegroei. Dat zal weliswaar niet als een budget aan zorgkantoren worden toebedeeld, maar krijgt wel een dwingend karakter voor zorgkantoren bij het contracteerbeleid in de regio's. Deze regionale kaders geven aan wat het maximaal beschikbare budget in de regio is, dat niet mag worden overschreden bij het sluiten van de overeenkomsten door het zorgkantoor.

Het maximeren van het budget betekent dat het bereiken van dat maximum kan leiden tot wachtlijsten. In essentie wijkt dit niet af van beheersing van de kosten in het huidige systeem.

Maar uiteindelijk wordt in deze aanpak de beheersing verlegd van de aanbieder naar het zorgkantoor. In deze systematiek zullen op rijksniveau door het COTG maximumtarieven voor de zorgproducten worden vastgesteld en sluit het zorgkantoor overeenkomsten binnen het regionaal kader met inachtneming van de maximumtarieven op basis waarvan het instellingsbudget wordt vastgesteld.

In dit systeem krijgen de partijen in de regio een gezamenlijk belang bij een zo doelmatig mogelijk contracteerbeleid van het zorgkantoor om daarmee ruimte te scheppen voor oplossing van knelpunten.

### *3.4. De modernisering*

Conclusie bij het nadenken over de modernisering is, dat de grondslagen van de AWBZ als zodanig nog steeds een zeer wezenlijk fundament vormen. De solidariteitsgedachte en het volksverzekeringskarakter zullen

ook in de toekomst van grote betekenis blijven. Op basis van die grondslagen is in de afgelopen decennia een zorginfrastructuur ontwikkeld, die de toets der kritiek – zeker internationaal gezien – kan doorstaan. Tegelijkertijd kent het huidige AWBZ-WZV-WTG-stelsel een aantal problemen die het gevolg zijn van de vormgeving van het systeem en die ertoe leiden dat het gegroeide systeem zich onvoldoende kan aanpassen aan de eisen van deze tijd. Modernisering van de AWBZ zal in dit kader moeten bijdragen aan:

- het centraal stellen van een cliënt met een zorgvraag ;
- het leveren van zorg op maat;
- het stimuleren van de vermaatschappelijking van de zorg;
- het bevorderen van doelmatige besteding van de beschikbare collectieve middelen.

#### **4. Verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de gemoderniseerde AWBZ**

In de probleemanalyse komt verschillende keren de vraag naar de verdeling van de verantwoordelijkheden en de bevoegdheden aan de orde. Zowel het vraagstuk van de sturing in de AWBZ als de veranderende opvattingen over de sturing zijn hier aan debet. In deze paragraaf wordt hierop nader gegaan. Na het schetsen van de context worden de partijen afzonderlijk onder de loep genomen en worden hun posities in de gemoderniseerde AWBZ bepaald. In de uitvoering van de AWBZ spelen de bestuursorganen ook een belangrijke rol. Daarop wordt in een afzonderlijke paragraaf ingegaan.

##### *4.1. Rechten en plichten*

De partijen bij de uitvoering van de AWBZ zijn de cliënt, het indicatie-orgaan, het zorgkantoor, de aanbieder en de overheid. Voldoende actoren om bij het formuleren van het uitgangspunt voor het sturingsconcept hiermee rekening te houden. Om alle partijen goed te laten functioneren in dat model, is een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden een belangrijke randvoorwaarde. Dat betekent dat partijen zich als «schoenmaker bij hun leest» moeten houden en bij een veelvoud van actoren de «schoonheid van de eenvoud» ten grondslag moeten leggen aan de verdeling van verantwoordelijkheden.

Partijen moeten zich concentreren op hun kerntaken, i.c. de aan hun bestaansrecht ten grondslag liggende taak uitvoeren. Daarnaast wordt die duidelijkheid gediend door het helder onderscheiden van de taken die de verschillende partijen uitvoeren, door het beperken van het verkeer tussen die partijen en het afspreken van duidelijke spelregels. Met andere woorden: geen overbodige drukte in beleid en uitvoering door diffuse spelregels die er toe leiden dat partijen hun verantwoordelijkheden kunnen ontlopen of er teveel tegelijk krijgen. Een belangrijk onderscheid in de taken is het formuleren van het beleid en het uitvoeren daarvan. Met de keuze voor de AWBZ als verzekering is in feite ook de uitvoering van het beleid met de verzekering verbonden.

Afzonderlijk punt van aandacht is de vertegenwoordiging van de verschillende partijen op bestuurlijk niveau. Soms is in formele en soms in materiële zin invulling gegeven aan de bestuurlijke vormgeving door alle betrokken partijen uit te nodigen te participeren in bestuurlijke gremia. Het ligt in de bedoeling dit vraagstuk in het kader van de moderniseringsoperatie in overleg met de partijen vanuit de hiervoor genoemde invalshoeken aan de orde te stellen.

Per partij worden onderstaand de bevoegdheden en verantwoordelijkheden in de gemoderniseerde AWBZ beschreven, te beginnen bij de cliënt. Bevoegdheden en verantwoordelijkheden, die slechts stapsgewijs kunnen worden geëffectueerd, omdat de regelgeving daarop moet worden toegesneden en omdat partijen tijd nodig hebben zich voor te bereiden op uitbreiding van bestaande, respectievelijk nieuwe taken. De instrumenten om de taken te concretiseren worden in paragraaf 5 uitgebreid beschreven.

#### 4.2. De cliënt

Aansluitend op het begrippenkader dat de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg gebruikt, wordt onderscheid gemaakt tussen vraagsturing en vraaggerichte zorg. Laatstgenoemde term wordt gebruikt voor het effectueren van de zorgvraag op individueel niveau.

Op dat individuele niveau is de informatie aan de cliënt en de attitude van de professionals essentieel. Zo is het in het kader van de keten van zorg belangrijk dat de cliënt weet waarop hij of zij aanspraak kan maken en hoe de zorgverlening wordt geëffectueerd, of anders gezegd: voor welke zorg hij of zij is verzekerd en welke afspraken over de zorgverlening in de behandelovereenkomst worden neergelegd.

De keten van de vraag van de cliënt tot en met de verlening van de zorg moet in de gemoderniseerde AWBZ helder zijn. Eerste stap daarin is de verduidelijking van de hulpvraag. Voor bepaalde groepen in de ouderen- en de gehandicaptenzorg wordt door daarvoor geëigende organisaties ondersteuning aangeboden, zodat kan worden gezien wat de feitelijke zorgbehoefte is. Voor anderen is de huisarts de eerste entree, waar de cliënt zijn hulpvraag stelt. En er zijn uiteraard ook hulpvragers die zelf in staat zijn de vraag te formuleren. Indien AWBZ-zorg aangewezen lijkt, dient te worden beoordeeld (geïndiceerd) op basis van protocollen, in hoeverre daadwerkelijk sprake is van een aanspraak op verzekerde zorg en vervolgens volgt het toewijzen van die zorg. Tegen deze beslissingen is bezwaar, respectievelijk beroep mogelijk en daarmee heeft de cliënt een instrument in handen om de beslissing op zijn vraag om een aanspraak AWBZ te laten toetsen.

Vervolgens – en daar komt de cliënt uiteindelijk voor – kan de cliënt zijn geïndiceerde zorg verzilveren bij een zorgaanbieder in natura of bij het zorgkantoor een persoonsgebonden budget vragen. In dit kader is het noodzakelijk dat de cliënt kan beschikken over objectieve informatie over de beschikbare zorg, eventuele wachttijden in verband met de voorkeur voor instellingen, e.d. De relatie met de aanbieder wordt bepaald door het leveren van adequate, kwalitatief goede zorg. In dit kader zijn de beoogde flexibilisering van de afspraken en operationalisering van de behandelovereenkomst relevant. In paragraaf 4.5 wordt daarop nader ingegaan.

Bij het niet beschikbaar zijn van de zorg moet de verzekerde bij het zorgkantoor aankloppen. Het zorgkantoor zal gegeven de zorgplicht een uiterste poging moeten doen de geïndiceerde zorg toe te wijzen, zich ten opzichte van de cliënt moeten verantwoorden, wanneer de zorg niet kan worden verleend en alternatieven aanbieden in de sfeer van overbruggingszorg of second best oplossingen.

Een belangrijk instrument voor de cliënt is het in de afgelopen jaren – met name in de sectoren gehandicaptenzorg – ontwikkelde patiëntvolgende budget (PVB).

Dit PVB biedt cliënt en hulpverlener de mogelijkheid afspraken te maken over de zorgverlening. Wanneer blijkt dat de zorgverlening niet overeen-

komstig die afspraken tot stand komt, of als er problemen tussen partijen ontstaan, kan met het PVB in principe een overstap worden gemaakt naar een andere toegelaten instelling en volgt het budget de cliënt. Voor het versterken van deze vorm van zorgverlening zal ruimte worden gecreëerd.

Verruiming van de financiële middelen voor het persoonsgebonden budget (PGB) vindt plaats binnen de huidige subsidiesystematiek. Die verruiming duidt op het belang dat gehecht wordt aan het versterken van de positie van de cliënt als zorgvrager, maar het positioneren van het PGB als open-einde verstrekking naast de zorgverlening in natura door toegelaten zorgaanbieders is gegeven de budgettaire randvoorwaarden niet aanvaardbaar.

In de komende tijd wordt o.a. in het MDW-project AWBZ gezien hoe binnen de vorige paragraaf beschreven doelen van de modernisering invulling kan worden gegeven aan zowel het PVB als het PGB. Daarnaast wordt interdepartementaal de integratietegemoetkoming verkend. In de gemoderniseerde AWBZ is de vraag van de cliënt het vertrekpunt. Niet de aanbieder domineert het proces van vraag en aanbod, maar de vraag van de cliënt is voor het proces richtinggevend. Dit vraaggerichte proces maakt het – zoals eerder gezegd – mogelijk de vraag naar zorg- en dienstverlening binnen de AWBZ in samenhang met aanpalende sectoren te indiceren, maar deze beoordeling van de vraag is nog maar een eerste stap op weg naar een samenhangende zorg- en dienstverlening.

Het herdefiniëren van het proces heeft niet alleen maar voordelen. Met name het onderscheiden van verschillende schakels in de keten van de zorgvraag tot en met de zorgverlening kost tijd, met als risicofactor het vertraagd op gang komen van de zorgverlening. Met een strakke sturing van het proces en afspraken om de cliënt optimaal te faciliteren, kunnen deze bezwaren ondervangen worden. Een strakke sturing wordt bevorderd door het protocolleren, het hanteren van behandeltermijnen en het maken van afspraken tussen partijen in de keten over een snelle en adequate aaneenschakeling van de verschillende stappen in het proces.

Voor het innemen van een volwaardig plaats in dat proces is het van belang de patiënt daarvoor toe te rusten. In dat kader is de versterking van de positie van de patiënt op het terrein van rechtspositie die de afgelopen jaren tot stand is gekomen relevant. Zo is op grond van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) de hulpverlener of de aanbieder van zorg verplicht de patiënt goed te informeren, waardoor deze tot een verantwoorde keuze kan komen. De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) biedt op instellingsniveau een formeel inspraakrecht aan patiënten/cliënten. De Wet klachtrecht geeft de mogelijkheid aan patiënten/cliënten hun onvrede te uiten. De Kwaliteitswet verplicht zorginstellingen patiënten/cliënten bij het kwaliteitsbeleid te betrekken. Met de bovengenoemde versterking van de rechtspositie is bereikt dat de patiënt invloed kan uitoefenen op de aangeboden zorg, maar nog niet op het aanbod van zorg. Om dit te bereiken dient de mogelijkheid te worden geboden aan patiënten- en consumentenorganisaties om een inbreng te leveren. Daarbij gaat het om zaken als invloed op regiovisie, indicatie, zorgkantoren en kwaliteit van zorg. Voor de participatie van patiënten/cliëntenorganisaties op regionaal niveau zijn de provincies verantwoordelijk. Voor ondersteuning en belangenbehartiging van de patiënten/cliënten op dit niveau bestaat er in elke WZV regio een Regionaal Patiënten/Consumenten Platform (RPCP). De hierboven genoemde taken op het terrein van regiovisie, indicatiestelling en zorgkantoren spelen op het regionale niveau. Voor het bevorderen van meer vraaggerichtheid in de zorg dient de patiëntenbeweging op regionaal niveau beter te worden toegerust.

In de uitwerking van het plan van aanpak zal dit verder worden opgenomen. Daarbij zal een verbinding worden gelegd tussen en met de meerjaren afspraken zorg.

De positie van de cliënt wordt verstrekt door het herdefiniëren van de keten van zorgvraag tot en met zorgverlening, het herdefiniëren van bevoegdheden en verantwoordelijkheden van partijen, het versterken van het instrumentarium in de richting van persoonsvolgende, resp. persoonsgebonden budgettering en het flexibiliseren van de aanspraken zoals verderop in deze nota beschreven. Het versterken – in formele zin – van de positie van de cliënt in de keten van zorgvraag tot zorgverlening vraagt om aandacht voor de afstemming tussen de indicatiestelling en de zorgtoewijzing. Invalshoek daarbij is het zoveel mogelijk beperken van verschillende procedures en rechtgangen in de regelgeving.

#### *4.3. Het indicatieorgaan*

Voor het tot gelding brengen van een aanspraak is indicatiestelling vereist. Daarmee is de indicatiestelling een belangrijk instrument voor de uitvoering van de AWBZ. Het indicatieorgaan is verantwoordelijk voor een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling. Deze indicatiestelling «nieuwe stijl» is een paar jaar geleden in gang gezet en is inmiddels in de sector verpleging en verzorging ingevoerd. Recent is over de verbreding met de gehandicaptenzorg een besluit genomen. Daarbij heeft ook de koppeling van de indicatiestelling – over de grenzen van de AWBZ heen – met voorzieningen in de sfeer van de WVG, wonen en welzijn, waarvoor gemeenten het beleid voeren, vorm gekregen. In het verlengde hiervan ligt ook de afstemming met de indicatiestelling met het (speciaal) onderwijs, waarover met het ministerie van OC&W overleg wordt gevoerd. Voor de geestelijke gezondheidszorg wordt in de komende periode de samenhang tussen de langdurige geestelijke gezondheidszorg en de lokale voorzieningen in de sfeer van wonen, maatschappelijke opvang en verslaafdenzorg onderzocht om op basis daarvan de integrale indicatiestelling tussen deze AWBZ-zorg en de lokale voorzieningen vorm te geven binnen het kader van de regionale indicatieorganen. De kortdurende zorg in de geestelijke gezondheidszorg zal daarvan geen deel uit gaan maken, omdat daar de samenhang met de genoemde lokale voorzieningen niet aan de orde is.

In het kader van het in gang gezette indicatiestellingsbeleid wordt nog bezien of de bestuurlijke vormgeving van het indicatieorgaan als gevolg van de verbreding binnen de AWBZ en met aanpalende sectoren aan bijstelling toe is.

De belangrijke positie van het indicatieorgaan maakt inzicht in het functioneren van de RIO's noodzakelijk. Door visitatie, benchmarking en evaluatie moeten RIO's zich kunnen verantwoorden ten opzichte van cliënten en overheden.

In de «gemoderniseerde» AWBZ vraagt de afstemming tussen beoordeling van de vraag door het indicatieorgaan en de toewijzing door het zorgkantoor afzonderlijk aandacht.

Daarbij gaat het erom in hoeverre het zorgkantoor van het indicatiebesluit kan afwijken vanuit zijn verantwoordelijkheid voor de toewijzing van de zorg en bijvoorbeeld in het kader van eventuele schaarste. Dat heeft enerzijds te maken met de spilfunctie van het zorgkantoor in de regio en anderzijds met de vraag naar mogelijkheden om op gevalsniveau te kunnen beschikken over instrumenten. Wat niet aan de orde kan zijn, is het inperken van de onafhankelijke objectieve en integrale indicatiestelling.

Met de indicatiestelling «nieuwe stijl» is een belangrijk bron voor de informatie over de hulpvraag als zodanig en de geïndiceerde zorgbehoefte gecreëerd. Koppeling van deze informatie met die van het zorgkantoor (zie 4.4. hierna) over de toegewezen zorg en de geleverde, respectievelijk niet geleverde zorg levert essentiële informatie op voor alle partijen in de zorgsector en niet in het minst voor de beleidsorganen.

De vormgeving van de indicatiestelling «nieuwe stijl» is een majeure veranderingstraject, dat in de vorige regeerperiode van start is gegaan dat stap voor stap wordt geëffectueerd en waarvan de verbreding nog enkele jaren in beslag zal nemen. Facilitering en ondersteuning van de indicatieorganen is in dit kader noodzaak.

#### *4.4. Het zorgkantoor*

In de gemoderniseerde AWBZ vervult het zorgkantoor in de regio voor zijn verzekerde inwoners een spilfunctie als uitvoerder van de verzekering. Het zorgkantoor is voor de verzekerden de partij die moet worden aangesproken op zijn verantwoordelijkheid om de aanspraken te verzilveren. Het zorgkantoor dient er voor zorg te dragen dat er voldoende zorg is in kwalitatieve en kwantitatieve zin.

Voorts is het zorgkantoor verantwoordelijk voor een doelmatige en maatschappelijk verantwoorde besteding van de beschikbare middelen van de verzekering voor de directe zorgverlening, want dat is ook in het belang van de verzekerde, om met de beschikbare middelen maximale zorg te realiseren. En die maximale zorg omvat zowel het recht doen aan de kwaliteit als het in het oog houden van de doelmatigheid. Dat betekent aan het evenwicht tussen de noodzakelijke kwaliteit van zorg en het laten delen van zoveel mogelijk verzekerde cliënten die dat nodig hebben in die zorg, binnen de collectief beschikbare middelen.

Om deze taak naar behoren te vervullen moet het zorgkantoor in de gemoderniseerde AWBZ over voldoende instrumenten kunnen beschikken. Deze instrumenten moeten in de komende jaren worden ontwikkeld om de beoogde spilfunctie in de regio te effectueren. Om de eerder genoemde maximale zorg uit het budget te halen, sluit het zorgkantoor overeenkomsten met zorgaanbieders over te leveren zorgproducten met in achtneming van door het COTG berekende maximumprijzen.

Naarmate het zorgkantoor beter onderhandelt, wordt er in dit model meer zorg geleverd. Doelmatige instellingen moeten «doelmatigheidswinst» kunnen omzetten in extra productie in plaats van in reserves. Daarvan zal de verzekerde voordeel ondervinden. Om te kunnen onderhandelen moet het zorgkantoor een sterke positie tegenover de aanbieder hebben. Die positie is sterker naarmate het zorgkantoor meer invloed kan uitoefenen op de hoeveelheid financiële middelen, die een aanbieder krijgt. Het is noodzakelijk, dat het zorgkantoor toeziet op het nakomen van deze afspraken en de eisen die in het kader van de toelating van aanbieders zijn gesteld.

Op basis van de door het zorgkantoor gesloten overeenkomsten krijgen aanbieders vervolgens een budget voor de te verlenen zorg, waarbij het COTG de overeenkomsten toetst met het oog op de maximumprijzen en het regionaal kader. Ook zal het College voor Ziekenhuisvoorzieningen het zorgkantoor adviseren wanneer in de onderhandelingen investeringen voor intramurale voorzieningen aan de orde zijn, waarop de WZV niet van toepassing is. Voorkomen moet worden dat als gevolg van deregulering

de aanwezige kennis en kunde in de sfeer van de bouw van voorzieningen niet meer wordt benut.

Bij de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor als uitvoerder van de verzekering past het zorgdragen voor de registratie van de toegewezen en geleverde zorg, resp. nog te leveren zorg, c.q. het wachtlijstbeheer. Zoals bij de indicatieorganen al aangegeven is de informatie voor alle partijen van groot belang en als zodanig voor het zorgkantoor een essentieel onderdeel van de taken. Het verantwoordelijk maken van het zorgkantoor voor deze registratie moet leiden tot een landelijk geüniformeerde en regionaal georganiseerde registratie voor het feitelijk inzicht in de zorg in termen van de vraag, de geïndiceerde zorg, de gerealiseerde zorg en de nog te leveren zorg (wachtlijsten).

Bij de gehandicaptenzorg is deze taak inmiddels aan het zorgkantoor opgedragen en in de sector verpleging en verzorging hebben partijen in overleg met het departement in het kader van de indicatiestelling afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor voor de registratie. Deze informatie moet aansluiten op de door indicatieorganen te registreren hulpvraag en indicatiebesluiten. Deze informatie moet ook voor de verzekerden beschikbaar zijn, zodat zij «hun» zorgkantoor kunnen aanspreken op de effecten van het contracteerbeleid. Deze informatie zal ook landelijk op geaggregeerd niveau beschikbaar moeten zijn.

In deze opzet is het zorgkantoor in de gemoderniseerde AWBZ niet risicodragend. Wel moet het zorgkantoor binnen het regionaal kader blijven om overschrijding van de vooraf in het JOZ bepaalde uitgaven te voorkomen en heeft het een zorgplicht. Deze zorgplicht is ten principale niet aan financiële grenzen onderhevig. Daarom rust op het zorgkantoor wel de plicht aan te tonen, dat het een uiterste krachtinspanning pleegt om aan de strekking van de zorgplicht te voldoen.

Tegelijk is duidelijk dat er een kloof bestaat tussen de behoefte aan zorg en de daarvoor beschikbare capaciteit vanwege de door de rijksoverheid beschikbaar gestelde middelen. De extra volumegroei in het kader van het Regeerakkoord voor de care-sector en het plan van aanpak wachtlijsten, dat ongeveer gelijktijdig met dit stuk zal worden aangeboden moet daarvoor soelaas bieden. Voorzover schaarste bestaat die niet van het ene op het andere moment kan worden bestreden, moeten er spelregels van de overheid komen met betrekking tot de aanspraken en levering van zorg gegeven de schaarsteproblematiek.

Hoewel daarop in het kader van het instrumentarium nader wordt ingegaan is een eerste duiding in verband met de bevoegdheden en verantwoordelijkheden hier op zijn plaats. Het formuleren van regelgeving voor de levering van zorg in termen van bijvoorbeeld urgentie, zorgzwaarte, mate van uitstelbaarheid van zorg, e.d. geeft het zorgkantoor de mogelijkheid ook op microniveau zijn verantwoordelijkheid te nemen door zorg toe te wijzen en de zorgleverantie bij schaarste te beïnvloeden. Het zijn dezelfde regels, die het indicatieorgaan dient toe te passen.

De spilfunctie van het zorgkantoor stelt hoge eisen aan dat zorgkantoor en ook aan de overheid waar het de sturing op dat zorgkantoor betreft. Zorgkantoren worden voor een bepaalde periode voor de uitvoering van de AWBZ aangewezen. Daarbij is het essentieel dat zorgkantoren ook tijdens deze periode worden voorzien van prikkels voor een doelmatige uitvoering van de toegekende taken. De vormgeving van deze prikkels is een van de onderwerpen van het MDW-project AWBZ, dat binnenkort van start zal gaan. Daarbij zal ook bekeken moeten worden of het mogelijk is zorgkantoren een financieel belang te geven bij een doelmatiger uitvoering, uiteraard zonder dat dit ten koste gaat van de middelen die

voor de zorg zelf beschikbaar zijn. Duidelijk is in ieder geval dat inzicht in de werkwijze en resultaten door visitatie, evaluatie en benchmarking in dit kader onmisbaar is: een zorgkantoor moet zich ten opzichte van de verzekerden en de overheid kunnen verantwoorden. Dit stelt eveneens hoge eisen aan de periodieke (financiële) verantwoording, die tijdig en betrouwbaar zal moeten zijn.

Daarnaast is het toezicht een belangrijk instrument om te waarborgen, dat de verzekering wordt uitgevoerd zoals de wetgever dat beoogt en dat wordt voldaan aan de gestelde randvoorwaarden, zoals het blijven binnen het regionaal kader en het tot het uiterste gaan bij het nakomen van de zorgplicht.

Tot slot is het van belang dat de verzekerden een rol krijgen in het zorgkantoor. Te denken valt aan panels van cliënten en aan onderzoek naar de tevredenheid van cliënten, waarbij ook benchmarking tussen regio's interessante informatie kan opleveren. Ook bij de bestuurlijke vormgeving ligt betrokkenheid van de patiënten- en consumentenorganisaties voor de hand. Daarmee wordt invulling gegeven aan het versterken van de positie van verzekerden en cliënten op het niveau van de infrastructuur. De concretisering van deze gedachte zal in overleg met de betrokkenen vorm moeten krijgen.

Het versterken van het zorgkantoor vergt in de komende jaren een forse inzet. De afgelopen periode heeft Zorgverzekeraars Nederland daarvoor een traject uitgezet, maar implementatie van het zorgkantoor als volwaardig uitvoerder van de AWBZ zal zeker een paar jaar in beslag nemen. Samenhangend met dat traject kan de uitbreiding van taken ook alleen maar stapsgewijs worden verwezenlijkt. De bestaande wet- en regelgeving zal worden gewijzigd om de positie van het zorgkantoor te regelen. In de overgangperiode worden de randvoorwaarden gecreëerd voor een robuust zorgkantoor, dat berekend is op zijn nieuwe rol en positie in de regio.

#### *4.5. De zorgaanbieder*

De aanbieder is voor de cliënt die zorg nodig heeft uiteindelijk de belangrijkste partij. En daarmee is de kerntaak van de aanbieder benoemd, namelijk het leveren van adequate, kwalitatief goede zorg. Het zorgkantoor is voor de aanbieder de partij waarmee in een overeenkomst productieafspraken worden gemaakt. De aanbieder moet zijn kwaliteit tonen in de relatie met de cliënt in de dagelijkse levering van verantwoorde zorg.

De aanbieder geeft de levering van producten in samenspel met de cliënt vorm. Dat is nodig voor het op een professionele manier, zoals bedoeld in de kwaliteitswetgeving, inhoud geven aan het werk. Voor hulpverleners is dit onlosmakelijk met de professie verbonden. Zeker wanneer het gaat om langdurige zorgverlening, is een vertrouwensrelatie tussen cliënt en hulpverlener een voorwaarde voor kwalitatief goede zorg. Die vertrouwensrelatie wordt voor een deel bepaald door de kennis en kunde van de hulpverlener en voor een deel door de attitude van de cliënt en die van de professional.

Voor die vertrouwensrelatie is het van belang, dat de hulpverlener vrijheid en ruimte heeft om in de beroepsuitoefening de zorg op maat van de cliënt te verlenen. Betrokkenheid en zeggenschap van de cliënt zijn daarbij vanzelfsprekend en vinden hun weerslag in de behandelovereenkomst.

In de gemoderniseerde AWBZ zullen aan een zorgaanbieder toelatingseisen worden gesteld om voor financiering op basis van de AWBZ in aanmerking te komen. Die eisen kunnen betrekking hebben op de

organisatie als zodanig, het personeel en de huisvesting. Voor de zorgverlening zijn uiteraard de Kwaliteitswet zorginstellingen en de wet BIG van toepassing, Aanbieders dienen de zorg op een kwalitatief verantwoord niveau te leveren. Door functionele eisen te stellen aan de woon- en verblijfsfunctie kan een bepaald niveau worden gegarandeerd en kan gedetailleerde regelgeving met betrekking tot de bouw achterwege blijven voor zorg binnen de muren, waar die woon- en verblijfsfunctie centraal staat. De aanbieder die als zodanig toegelaten is, kan daaraan niet op voorhand rechten ontlenen om te worden gecontracteerd. In een stelsel waarin verzekerden premies betalen en de behoefte aan zorg groot is en eerder toe- dan afneemt, is dat ook niet nodig.

Productie, kwaliteit en kosten zijn de criteria op basis waarvan zorgaanbieders en zorgkantoor afspraken maken. Zorgaanbieders kunnen op deze wijze inspelen op de zich ontwikkelende zorgvraag. Goed presterende zorgaanbieders die aansluiten op de behoefte aan zorg weten zich zo verzekerd van continuïteit. Waar de prestaties beneden de maat zijn, is het noodzakelijk dat het zorgkantoor over mogelijkheden beschikt de aanbieders te dwingen de prestaties te verbeteren en wanneer dat niet lukt maatregelen te nemen. Waar de zorgvraag wijzigt, bieden de flexibele aanspraken ruimte om tussen zorgaanbieders en zorgkantoor nieuwe afspraken te maken. Uiteraard moet er in het kader van het contract met het zorgkantoor wel ruimte zijn om over investeringen meerjarige afspraken te maken en moet rekening worden gehouden met continuïteit van de organisatie en goed werkgeverschap. In dit model worden zorgaanbieders maatschappelijke ondernemers. Het verlenen van zorg is hun passie en professie.

Voor het verwezenlijken van bovenstaande positionering van zorgaanbieders is een overgangsregime nodig dat een aantal jaren zal vergen en in goed overleg met de partijen uitgewerkt moeten worden. In dat overgangsregime gaat het om een geleidelijke overstap, waarbij stap voor stap bestaande «zekerheden» vervangen worden door nieuwe instrumenten, die de continuïteit van zorg bewerkstelligen en de zorgaanbieder in de gelegenheid stellen er voor te zorgen, dat de cliënt centraal staat in het werk van alle dag van de zorgaanbieder.

#### *4.6. De overheden*

Tot slot de rol van de overheden. In termen van afstand voor de individuele cliënt is de rijksoverheid de onzichtbare hand, maar niettemin in het stelsel dominant.

Het rijk bepaalt primair de kaders van het AWBZ-beleid. In paragraaf 3 is daarover in het kader van de doel van de modernisering het een en ander gezegd. De in die paragraaf genoemde beleidsinhoudelijke doelen hebben gevolgen voor de inhoud van de verzekering, maar ook voor het bestuurlijk niveau, waarop beleid wordt gevoerd in samenhang met aanpalende terreinen. De financiën en de systematiek, waarin de middelen beschikbaar worden gesteld, vormen ook een essentiële randvoorwaarde in de bepaling van het overheidsbeleid. En tot slot, maar bepaald niet als sluitstuk, is de vraag naar de kwaliteit van de zorg aan de orde.

Uitgaande van een verzekeringsstelsel formuleert de wetgever de aanspraken. De aanspraken worden vertaald in zorgvormen of -producten waaraan in het kader van de bekostiging maximumprijzen worden gekoppeld. In het kader van de aanspraken wordt ook vastgelegd welke financiële bijdragen cliënten zelf moeten leveren. De overheid bepaalt de premies en stelt jaarlijks het macrokader voor de financiën voor de uitvoering van de AWBZ vast.

Gegeven de regionale uitvoering door zorgkantoren worden binnen het JOZ kaders opgesteld per onderscheiden regio. In de volgende paragraaf wordt hierop uitgebreid ingegaan. Dit kader moet op termijn tevens een belangrijk instrument voor de kostenbeheersing worden.

In een landelijk geldend beleidskader presenteert de rijksoverheid het rijksbeleid. Dat kan variëren van minimum eisen aan capaciteit voor bepaalde groepen of zorgproducten tot het stellen van prioriteiten met betrekking tot die producten of doelgroepen. Hierin moet ook aandacht worden geschonken aan de bijzondere positie van landelijk opererende instellingen die specialistische zorg aanbieden. Deze beleidskaders zijn een uitwerking van de eerder genoemde beleidsdoelen, zoals de vermaatschappelijking en het centraal stellen van de cliënt. De behoefte om in het AWBZ-beleid de afstemming met wonen, welzijn, arbeid en het tweede compartiment vorm te geven en ook rekening te houden met de sociale infrastructuur en het preventiebeeld, onderstreept de noodzaak om op regionaal niveau binnen de rijkskaders het beleid concreet inhoud te geven. Dat heeft tot gevolg dat het rijk zich met name richt op de hoofdlijnen van beleid en het creëren van randvoorwaarden om het beleid op regionaal niveau tot een succes te maken. Gegeven de beoogde regionalisering moet het rijk voorkomen, dat het vanuit de structuur en de sectoren belemmeringen opwerpt, die de gewenste integrale benadering op regionaal niveau in de weg staan. Beoogd wordt het scheppen van ruimte zodat partijen hun verantwoordelijkheid op regionaal niveau optimaal waar kunnen maken.

In de regio zijn zorgvragers, aanbieders, gemeenten, het zorgkantoor, en provincies en grote steden gezamenlijk verantwoordelijk voor het ontwikkelen van een visie op de gewenste zorginfrastructuur. Een infrastructuur waarin, zoals hiervoor gezegd, wonen, zorg en welzijn nauw met elkaar zijn verbonden en ook de samenhang met arbeid en onderwijs aan de orde is. De provincies en de vier grote steden (conform de afspraken voortvloeiend uit BANS en de terzake tussen IPO en 4-grote steden gemaakte afspraken), stellen deze regiovisie als democratisch gelegitimeerde bestuursorganen vast. De zogenaamde G21 kunnen met de provincies afspraken maken over hun rol, bij de totstandkoming van de regiovisie. De regiovisie biedt enerzijds de mogelijkheid op regionaal niveau de vraaggerichte zorg over meer beleidssectoren heen in een beleidsvisie om te zetten en anderzijds geeft het partijen de mogelijkheid – ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid en met behoud daarvan – een bijdrage te leveren aan de in de regio te ontwikkelen visie. Het is niet wenselijk de regiovisie in termen van bevoegdheden neer te leggen bij het zorgkantoor, omdat daarmee het zorgkantoor als uitvoerder van de verzekering de verantwoordelijkheid ten opzichte van de verzekerde en zijn aanspraken en de contractrelatie met de aanbieders gaat vermengen met de verantwoordelijkheid voor het formuleren van een regiovisie. In het kader van het instrumentarium komt de regiovisie als instrument straks nog terug.

De gemeentelijke overheid is zoals hiervoor gezegd voor een aantal aan de zorg aanpalende terreinen beleidsverantwoordelijk. Met name als het gaat over het wonen, het welzijn en de sociale infrastructuur is het lokaal beleid bepalend. Vanuit die optiek is, zoals ook in de Welzijnsnota 1999–2002 verwoord, de samenhang met de AWBZ-zorg onmiskenbaar. De samenhang tussen de AWBZ en de WVG in algemene zin vraagt om afstemming en coördinatie.

In dit kader zijn tussen VROM, SoZaWe, de VNG en VWS afspraken gemaakt over een door VNG op te stellen knelpuntennotitie op basis van casuïstiek. Ook is de bijzondere bijstand voor een samenhangend lokaal

beleid relevant. Het gemeentebestuur is verantwoordelijk voor de instelling van het indicatieorgaan, dat indiceert voor de AWBZ-zorg. De voorgenomen koppeling van deze indicatiestelling met de indicatie voor de voorzieningen in het kader van de WVG laat zien dat het mogelijk is vanuit de optiek van de cliënt een integrale benadering te kiezen, waarbij het onderscheid tussen sectoren en de daarbij behorende regelgeving ondergeschikt is aan de behoefte aan samenhang. In het kader van de uitvoering van het beleid zoals geformuleerd in de regiovisie kunnen overheden, zorgkantoor, zorgaanbieders en andere betrokken partijen samenwerkingsafspraken vastleggen die op uitvoerend niveau bindend zijn.

De kwaliteit van de zorg is in handen van de aanbieders van zorg. Om die kwaliteit niet aan het toeval over te laten, stelt de overheid ter zake nadere regels, zoals neergelegd in de wet BIG en de Kwaliteitswet. Het is ook wenselijk op voorhand te voorkomen dat zich aanbieders aandienen, die onvoldoende uitgerust zijn voor de zorgverlening. En daartoe stelt de overheid regels voor zorgaanbieders om als zodanig te worden toegelaten. Regels waarover in de volgende paragraaf in het kader van het instrumentarium het een en ander gezegd wordt.

In het veld ontstaan ook nieuwe AWBZ-overschrijdende initiatieven bijvoorbeeld in de sfeer van het wonen van zorgbehoevende ouderen óf kortdurende, doelgerichte geestelijke gezondheidszorg voor stressklachten. Het is noodzakelijk te onderzoeken wat de effecten hiervan zijn voor aanbieders van zorg en hoe die zich verhouden tot toegelaten AWBZ-instellingen. In het MDW-traject zal hieraan specifiek aandacht worden besteed.

Tot slot is de rol van het toezicht van groot belang. Daarvoor zijn in de zorg de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie op de zorgverzekeringen (CTU) van de Ziekenfondsraad, ieder vanuit een eigen invalshoek, verantwoordelijk.

## **5. Instrumentarium in de gemoderniseerde AWBZ**

Met de verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden hangt het instrumentarium nauw samen. Het instrumentarium bepaalt in hoge mate de effectuering en effectiviteit van de sturing. Het instrumentarium wordt geplaatst in het perspectief van de gemoderniseerde AWBZ om aansluitend, met inachtneming van de huidige regelgeving, aan te geven hoe stapsgewijs het pad van de modernisering wordt gelopen. Parallel met de nieuwe bevoegdheden en verantwoordelijkheden moet het nieuwe instrumentarium worden vormgegeven.

En dat kost tijd. Tijd omdat de regelgeving moet veranderen, maar ook tijd omdat de overstap van de huidige systematiek naar het beoogde niet van vandaag op morgen te maken is.

In deze paragraaf komen de belangrijkste instrumenten aan de orde. In bijlage 3 bij dit plan van aanpak wordt het instrumentarium in het kader van de vigerende wet- en regelgeving uitgewerkt.

### *5.1. Aanspraken, producten en prijzen*

De aanspraken vinden hun basis in de AWBZ. Er is grote behoefte aan het flexibiliseren van die aanspraken. Door de huidige met de aanbieders verknoopte aanspraken ruimer te omschrijven, ontstaat voor de aanbieder ruimte om de zorg meer op maat van de cliënt vorm te geven. Door het verleggen van het accent in de sturing (vraaggericht in plaats van aanbodgericht) komt de flexibilisering in een andere context aan de orde.

Om te beginnen is het in een verzekeringssystematiek belangrijk, dat de cliënt weet waarop hij of zij aanspraak kan maken. Die aanspraak moet niet zo gedetailleerd zijn, dat iedere flexibiliteit voor de directe zorgverlening ontbreekt.

Maar ook een te abstracte omschrijving ontnemt de cliënt het zicht op de «waar voor zijn geld». Concretisering van de aanspraken in functionele termen kent een kwalitatieve en kwantitatieve component. Kwalitatief in termen van zorgzwaarte en kwantitatief in termen van omvang en duur. Recent is hieraan uitwerking gegeven door het NZI en het NIZW in het rapport «Vraaggestuurde dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap.» Vraaggerichte zorg wordt daarin uitgewerkt door een functionele omschrijving van het aanbod en door differentiatie van zorg en middelen in relatie tot de individuele zorgzwaarte van cliënten. In het vervolg van deze nota wordt voor die concretisering van de functionele aanspraken in het traject van levering en bekostiging de term «zorgproducten» gebruikt.

Concretisering is ook nodig voor het vaststellen van maximumprijzen. Die zijn nodig voor de onderhandelingen van het zorgkantoor met aanbieders op basis waarvan de productieafspraken tussen zorgkantoor en aanbieder resulteren in het budget voor aard en omvang van de te verlenen zorg door een instelling. Door in die prijzen de kwaliteit (zorgzwaarte) en kwantiteit (duur en omvang) te verwerken, wordt voorkomen dat instellingen binnen vooraf overeengekomen budgetten cliënten kunnen selecteren op basis van de zorgproblematiek, respectievelijk dat zorgkantoren zich bij de onderhandelingen alleen richten op de kwantiteit van de productie. In het kader van de overeengekomen productie ligt acceptatieplicht van geïndiceerde cliënten voor de hand.

Voor het bepalen van de kosten worden de zorgproducten voorzien van een prijskaartje. Deze prijzen bevatten in principe alle exploitatiekosten. In de care-sector is dat grosso modo, uitzonderingen daargelaten, goed te berekenen en in normprijzen te vatten. In de exploitatiekosten worden de directe en indirecte kosten (personeel, organisatie, huisvesting en activiteiten) genormeerd. Uitgaande van een basisprijs voor een zorgproduct wordt de prijs verhoogd met toevoeging van aanvullende zorgfuncties/producten (stapelsysteem).

Het is niet de bedoeling aanspraken gedetailleerd te vertalen in producten, want dat zou leiden tot een waslijst aan producten – die ook doorlopend aan bijstelling toe zou zijn – en tot een prijsstelling, die geen of nauwelijks onderhandelingsruimte biedt. Het zal duidelijk zijn dat op die wijze het doel voorbijgeschoten zou worden. Overigens kan een AWBZ-brede insteek bij de productontwikkeling dat voorkomen. Verwacht mag worden dat voor 80% de basale functies AWBZ-breed zijn te benoemen en dat een beperkte aantal functies – zo'n 20% – betrekking heeft op gespecialiseerde inzet van zorg. Bij het vaststellen van maximumprijzen voor producten moet ook aan de orde komen in hoeverre regionale verschillen in bepaalde kostencomponenten moeten worden meegenomen.

Met de herdefiniëren van de aanspraken ligt de flexibiliteit niet in het bieden van maximale ruimte aan de aanbieders, maar in de mogelijkheid voor de cliënt om een combinatie van verschillende zorgproducten of deelproducten samen te stellen om deze vervolgens bij één aanbieder of verschillende aanbieders, te verzilveren. In het verlengde hiervan ligt het patiëntvolgend budget (PVB) en het persoonsgebonden budget (PGB) waarop in paragraaf 4.2 al is ingegaan. De ont koppeling van de aanspraken van de instellingen betekent op de langere termijn ook, dat toegelaten aanbieders AWBZ-breed zorg kunnen verlenen.

Het langs bovenstaande lijn omzetten van aanspraken via een functiegerichte benadering in zorgproducten gecombineerd met de zorgplicht van het zorgkantoor vergt nadere regelgeving inzake het toewijzen van de zorg in relatie tot de beschikbare middelen in de regio (zie vorige paragraaf). Daarvoor kunnen verschillende invalshoeken worden gekozen, bijvoorbeeld de mate van belangrijkheid en de urgentie. De mate van belangrijkheid wijst op de zorgzwaarte en de urgentie duidt op de mate van uitstelbaarheid van de te leveren zorg. Door hiervoor regelgeving te formuleren, kan de prioritering van de zorg worden bepaald. Een en ander wordt uitgewerkt in het kader van het plan van aanpak wachtlijsten. Daarnaast dient regelgeving het omslagpunt te definiëren waarop extramurale zorg in termen van kosten niet meer aanvaardbaar is en intramurale zorg uit kwalitatieve en doelmatigheidsoverwegingen aangewezen is. De aanspraak op verblijf wordt dan omschreven als een verblijfsfunctie, die onlosmakelijk met een adequate zorgverlening is verbonden. Dergelijke regelgeving is ook van groot belang als kader waarbinnen de indicatiestelling zijn beslag krijgt, en waarbinnen het zorgkantoor zijn toewijzingsfunctie inhoud kan geven.

In het Regeerakkoord is vastgelegd, dat voor kleinschalige woonvormen en andere voorzieningen waar de woon- en verblijffunctie centraal staat, de WZV niet meer toegepast zal worden. Deze afspraak wordt geëffectueerd door de reikwijdte van de WZV te beperken. Deze beperking sluit aan bij de hiervoor genoemde mogelijkheden voor beleidsregels om de aanspraak op verblijf te koppelen aan de verblijfsfunctie die onlosmakelijk is verbonden met een adequate zorgverlening en voorts het eerder genoemde omslagpunt van extramurale zorg naar intramurale zorg.

Het niet langer onder de werking van de WZV vallen van de voorzieningen waar de woon- en verblijffunctie centraal staat, laat de noodzaak onverlet om aan die functies kwaliteitseisen te stellen. Dat kan door daarvoor minimum eisen te stellen. Voor grootschalige intramurale zorgvoorzieningen blijft de WZV van toepassing, met dien verstande dat deze fors wordt gedereguleerd voor wat betreft de bouwmaatstaven.

Naast de bovenstaande situatie, waarin onlosmakelijk van verblijffunctie en zorgverlening zowel een doelmatigheidsaspect als een kwaliteitsaspect heeft, is het mogelijk dat overwegingen van doelmatigheid, op zichzelf al verhinderen, om de zorg nog aan thuiswonenden te leveren. In dergelijke gevallen is een verhuizing van de zorgvrager aangewezen naar een geclusterde woonvorm, waar zorg van tamelijk intensief niveau op doelmatige wijze kan worden verleend. Deze geclusterde woonvormen die, gegeven de populatie van veelal zorgbehoevende ouderen, worden aangeduid als «woonzorgcomplexen», behoeven vanuit zorgoogpunt geen speciale eisen ten aanzien van de woon- en verblijffunctie; zij vallen immers op dat punt onder de regelgeving van de volkshuisvesting.

Voor investeringen in de bouw, waarover het zorgkantoor in het kader van het contracteerbeleid afspraken maakt met aanbieders, is het gewenst de deskundigheid van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen te benutten en adviseert dit college het zorgkantoor.

Het op een andere leest schoeien van de aanspraken en de bijbehorende prijzen vergt een overgangsregime en dus tijd, waarbij aangesloten kan worden op al per sector lopende trajecten. Specifieke aandacht is daarbij nodig voor het in het kader van de modernisering van de ouderenzorg onder de AWBZ brengen van de verzorgingshuizen. Gegeven de aard van de voorziening en het huidig aansprakenmodel is hier sprake van een verblijffunctie die onlosmakelijk met de zorgverlening is verbonden.

Parallel aan het beperken van de reikwijdte van de WZV moet het vervangende instrumentarium worden ontwikkeld, zodat de vereiste minimum capaciteit voor intramurale zorg is gegarandeerd, het omslagpunt van extra- maar intramuraal vastligt, de kapitaallasten-component genormeerd is en het zorgkantoor voldoende op zijn taak is berekend. Zoals ook ten aanzien van andere onderwerpen gemeld is met deze verandering de nodige tijd gemoeid.

### *5.2. Indicatiestelling*

De indicatiestelling heeft het karakter van een beoordeling van de zorgbehoefte van de cliënt. Deze beoordeling wordt onafhankelijk, objectief en integraal uitgevoerd. Onafhankelijk door te voorkomen dat het aanbod of de financiers de vraag sturen. Objectief door met protocollen de indicatiestelling te uniformeren. En integraal door de hulpvraag van de cliënt in een zo breed mogelijke keten van zorg en dienstverlening te plaatsen.

Het indicatieorgaan heeft bij de indicatiestelling rekening te houden met regelgeving die in het kader van de AWBZ worden gesteld. Bij het niet volledig toepassen hiervan, met als resultaat dat niet of maar ten dele wordt voldaan aan de in het kader van de AWBZ gestelde regels, moet het zorgkantoor – gegeven zijn verantwoordelijkheid voor een doelmatige aanwending van de voor de zorg beschikbare collectieve middelen – in het kader van de zorgtoewijzing corrigerend kunnen optreden. Ter zake wordt een instrument in de regelgeving opgenomen dat het zorgkantoor die bevoegdheid geeft. Ook is het van belang dat toezicht wordt uitgeoefend op het toepassen van de voorgeschreven protocollen en de regelgeving.

Bij de vormgeving van deze keten is een strak gestuurd proces noodzaak. Het vanuit de optiek van de vraag indiceren over de grenzen van het sectoraanbod heen, mag er niet toe leiden dat de indicatiepraktijk de eerste vertragende factor in het proces wordt. Vragen van de cliënt die eenvoudig kunnen worden beoordeeld, moeten niet in de procesgang van complexe beoordelingen verstrikt raken. De «80–20 regel» is hier van toepassing, zodat het merendeel van de hulpvragen snel kan worden geïndiceerd.

Dat kan door òf in een mandaatconstructie de indicatie voor eenvoudige hulpvragen door een zorgaanbieder te laten uitvoeren òf door verkorte procedures binnen het indicatie-orgaan toe te passen. Beide constructies laten de eindverantwoordelijk van het indicatieorgaan onverlet. Voorkomen moet worden dat de complexe vragen de procesgang van de afhandeling in termen van tijd en complexiteit gaan bepalen. In het verlengde daarvan is het ook de moeite waard om te bezien of de ingevolgde AWB voor de besluiten geldende eisen voor deze categorie kunnen worden beperkt.

### *5.3. Regionaal kader*

Het macrobudget wordt in het kader van het JOZ door de rijksoverheid in de voor de WZV-regio's beschikbare financiën vertaald door de instellingsbudgetten per regio te sommeren en daaraan de volumegroei toe te voegen.

Zoals in de paragraaf over de zorgkantoren al gesteld is het regionaal kader niet een regiobudget dat aan het zorgkantoor beschikbaar wordt gesteld, maar een rekenkundig kader, waarbinnen het zorgkantoor aanbieders contracteert. Het kader heeft het karakter van een maximum-budget. Het wordt in de toekomst instrument voor de kostenbeheersing. Daarmee is het regionale kader voor het zorgkantoor het plafond

waarbinnen het zorgkantoor de overeenkomsten met zorgaanbieders sluit. Bij dat contracteren neemt het zorgkantoor de door het rijk te stellen regels en eisen aan met aanbieders te sluiten overeenkomsten in acht. Die regels en eisen kunnen betrekking hebben aanspraken, de toelating van aanbieders, minimum capaciteitsnormen voor bepaalde functies en andere met de verzekeringssystematiek verbonden uitvoeringszaken, zoals verantwoording en informatievoorziening.

De regiovisie (waarover hieronder meer) is richtinggevend voor het regionale zorgbeleid en het tot stand brengen van de samenhang met aanpalende beleidsgebieden. Het richtinggevende karakter is van belang voor het contracteerbeleid. Het heeft geen rechtstreekse gevolgen voor de relaties tussen de cliënten en het zorgkantoor en de aanbieders. Aanbieders van zorg kunnen dus geen rechten ontleen aan regiovisies met het oog op het contracteerbeleid van het zorgkantoor.

Binnen het regionaal kader sluit het zorgkantoor overeenkomsten met aanbieders van zorg. Die overeenkomsten worden door het COTG getoetst en op basis daarvan wordt het instellingsbudget berekend. Op basis van de afgesloten overeenkomsten worden aanbieders centraal gefinancierd. Wanneer in het kader van de contractering bouwinvesteringen aan de orde zijn, laat het zorgkantoor zich – zoals eerder gezegd – door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen ondersteunen. Daarbij gaat het overigens niet om investeringen die in het kader van de instandhouding worden gedaan.

De aanbieders leveren de gecontracteerde zorg in principe in de regio waarin het zorgkantoor opereert. Dat betekent niet dat de aanbieder niet in verschillende regio's zorg kan leveren of dat een cliënt niet buiten de regio van het zorgkantoor zorg kan krijgen. Waar deze grensproblematiek zich voordoet, ligt het voor de hand, dat zorgkantoren hierover afzonderlijke afspraken maken.

Het verwerven van een stevige positie van het zorgkantoor kost tijd. In dat verband is het wenselijk de sturingsmogelijkheden van het zorgkantoor op het regionaal kader stap voor stap in te vullen. Daarmee is al een begin gemaakt door de volumegroei in de sector verpleging en verzorging, zoals in de MJA's is overeengekomen, in de regio gericht in te zetten via het contracteerbeleid van het zorgkantoor. Dit kan ook in andere AWBZ-sectoren.

Daarnaast kan door het AWBZ-breed toepassen van het nu in de GGZ en de VG-sector toegepaste instrumentarium voor de zgn. zorg-op-maat-gelden met een beperkt deel van het budget van instellingen binnen een sector worden geschoven. Langs deze weg ontstaat er AWBZ-breed ruimte voor het zorgkantoor zich te ontwikkelen en van meet af aan de zorgvernieuwing vanuit het gemoderniseerde sturingsconcept inhoud te geven. Ook de geflexibiliseerde aanspraken, die aparte zorgvernieuwingsregelingen overbodig maken, bieden ruimte om met zorgkantoren overeenkomsten te laten sluiten die gericht zijn op vernieuwing.

In het kader van de kostenbeheersing vervangt het regionale kader stapsgewijs het instellingsbudget als beheersingsinstrument. Deze stapsgewijze aanpak maakt het mogelijk in de komende jaren het beheersingsinstrumentarium verder te ontwikkelen.

Langs deze weg kan in het kader van het vaststellen van regionale kaders tevens de ongelijke verdeling tussen regio's worden aangepakt, met inachtneming van op termijn te ontwikkelen objectieve criteria en zorgspecifieke wegingsfactoren. Overigens kan daar ook nu al de volumegroei voor worden ingezet.

In deze aanpak wordt reeds binnen het bestaande instrumentarium de positie van het zorgkantoor versterkt. Parallel daaraan kan het instrumentarium voor het zorgkantoor in de gemoderniseerde AWBZ worden ontwikkeld.

#### *5.4. Toelating*

Zorgaanbieders kunnen niet zonder toelating AWBZ-gefinancierde zorg verlenen. Deze toelating is nu nog een verantwoordelijkheid van de Minister, maar vanaf 1 juli is dat een taak van het College voor Zorgverzekeringen als opvolger van de Ziekenfondsraad. Met de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen is de mogelijkheid vervallen om in het kader van de toelating voorschriften en beperkingen te stellen. In het kader van de AWBZ wordt opnieuw invulling gegeven aan dit instrument door eisen te stellen aan de organisatie en de bedrijfsvoering.

Deze toelatingssystematiek en de eerder genoemde wijziging in de aansprakensystematiek maken het op termijn mogelijk, dat aanbieders AWBZ-breed zorgactiviteiten ontwikkelen. Naarmate de zorgproducten meer gespecialiseerd zijn, zal het aantal aanbieders beperkter zijn. Met name voor de levering van meer algemene producten zal een gezonde competitie tussen aanbieders kunnen ontstaan en kunnen aanbieders zich ook op specifieke groepen en leefstijlen richten.

Overigens ook wat betreft de toelating is een overgangstraject geboden om te voorkomen dat er ongecontroleerde bewegingen ontstaan. Het is noodzakelijk dat bij een zich wijzigend instrumentarium de kwaliteit van zorgaanbieders gehandhaafd blijft. In dit verband wordt verwezen naar de instrumentariumbijlage, waarin is uiteengezet dat de met toelating verbonden instrumenten voorlopig moeten worden gehandhaafd.

#### *5.5. Regiovisie*

Zoals beschreven bij de verdeling van verantwoordelijkheden heeft de regiovisie het karakter van een richtinggevend kader dat moet passen binnen het rijksbeleid. Het gaat om het op regionaal niveau inkleuren van de gewenste beleidsontwikkeling op basis van de gebleken behoefte (resultaten indicatiestelling), de demografische ontwikkeling en de samenhang met aanpalende terreinen van zorg- en dienstverlening. Het karakter van de regiovisie is dus richtinggevend voor de hoofdlijnen van beleid.

Gegeven de verdeling van bevoegdheden binnen de uitvoering van de verzekering is het niet wenselijk dat de regiovisie op zorgaanbiedersniveau voor het zorgkantoor rechtsgevolgen heeft, omdat daardoor het evenwicht tussen partijen in de uitvoering zal worden doorkruist.

Conform het Regeerakkoord wordt bij de provincies en de 4 grote steden als dichtstbijzijnde bestuurslaag de verantwoordelijkheid voor de regie bij de totstandkoming en vaststelling van de regiovisie neergelegd. Deze verantwoordelijkheid wordt wettelijk verankerd. Recent hebben de provincies en de grote steden via de Regiegroep regiovisie een programma van eisen geformuleerd voor de regiovisie dat past in deze benadering.

Het ambitieniveau van een regiovisie zal in hoge mate worden bepaald door de inzet van de partijen in het zorgveld en de verantwoordelijken voor aanpalende terreinen. Naarmate de regiovisie inhoudsrijker en meer grensverleggend is en draagvlak heeft zal het effect op de uitvoering

groter zijn. Deze gedachte leidt al snel naar de term consensus. Op zich een goede gedachte, maar niet zonder risico. In het poldermodel van de zorg moet de regiovisie de ontwikkelingen in perspectief zetten en het zorgbeleid een stap verder helpen. Voorkomen moet worden dat de regiovisie een onderhandelingsdocument wordt, waarin oppervlakkigheid en consensus hand in hand gaan. De indruk bestaat niet dat er in het zorgveld te weinig overlegd wordt over beleid en de jacht op consensus kan de vergaderdruk stevig opvoeren.

Meer valt er te zeggen voor de gedachte dat de regiovisie een document moet zijn, waarin duidelijk wordt wat partijen vinden van heden en toekomst, welke kant het op moet en hoe met name vanuit de optiek van de cliënt de kloof tussen vraag en aanbod verkleind wordt en de samenhang met aanpalende terreinen vorm moet krijgen. Ervan uitgaande dat de verdeling van verantwoordelijkheden duidelijk is, is het interessant om vanuit een regiefunctie de gewenste ontwikkeling vanuit verschillende invalshoeken aan het papier toe te vertrouwen zodat de verantwoordelijke partijen in het bestel daar hun voordeel mee kunnen doen.

In deze context kan ook de positie van de consumenten en cliënten volop worden belicht. In het proces van de totstandkoming van de regiovisie wordt standaard begonnen met het presenteren van het beeld van de vraag van consumenten en patiënten. Op basis daarvan kunnen vervolgens cliëntengegevens (indicatiestelling, demografische ontwikkelingen, etc.) en beschrijving van het aanbod worden benut om het beeld te completeren. Vervolgens wordt de onderscheiden partijen gevraagd hun visie op de korte en lange termijn te geven. Door in procestermen de totstandkoming vast te leggen en na de vaststelling van het resultaat de verantwoordelijken zicht te geven op de visie in de regio kan de regiovisie een richtinggevend instrument vormen. Daarmee biedt deze een kader voor het contracteerbeleid in het kader van de AWBZ en een kader om tot afstemming tussen stelsels te komen.

Het in een gezamenlijke regie met de partijen – cliënten, zorgkantoor, aanbieders en gemeenten – verder kijken dan de korte termijn en het eigen erf, kan de zorg op maat voor de cliënt dichterbij brengen en de beleidsontwikkeling van onderaf een belangrijke impuls geven. Lukt dat, dan wordt het tijd gezamenlijk vernieuwingsprojecten op gang te brengen.

Dat kan door als zorgkantoor, gemeente, zorgaanbieder, woningbouwcorporatie, e.a. initiatief te nemen rond een concreet project in de sfeer van bijvoorbeeld zorg voor ouderen. Waar de in steek de arbeidsparticipatie van gehandicapten is, zitten deels weer andere partijen aan tafel. De problematiek rond ex-psychiatrische patiënten vergt weer een andere overlegtafel.

Overigens moet de effectuering van die gezamenlijke vernieuwing wel weer binnen de reguliere uitvoeringsstructuur worden neergelegd om nodeloze nieuwe uitvoeringsstructuren met bijbehorende verantwoordelijkhedenverdeling en alle verwarring van dien te voorkomen. De flexibilisering van de AWBZ biedt daartoe veel meer mogelijkheden.

Afzonderlijke aandacht is nodig voor het lokaal bestuur, omdat dit op de aanpalende terreinen wonen en welzijn beleidsverantwoordelijkheid draagt en ook de beschikbare middelen stuurt.

Zoals eerder gezegd ontnemt de regiovisie andere partijen geen bevoegdheden, maar creëert ze nieuwe mogelijkheden en beoogt ze

partijen aan te sporen hun instrumenten en middelen in samenhang met elkaar in te zetten. In die context hebben gemeenten er voor de kwaliteit van het wonen van hun inwoners die zorg nodig hebben, belang bij dat er afstemming komt tussen wonen, WVG, welzijn en AWBZ-zorg. Met die samenhang staat of valt de beoogde community-care vanuit de optiek van de cliënt. De hiervoor genoemde projectaanpak waarin partijen ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid geven en nemen, kan die samenhang handen en voeten geven. De gegeven voorbeelden – o.a. in de bijlage «Koplopers in beleid en praktijk» – zijn op lokaal en regionaal niveau eenvoudig te verveelvoudigen. Met name hier gaan de modernisering van de AWBZ en de Welzijnnota 1999–2002 hand in hand.

## **6. Bestuursorganen en toezicht**

In het kader van het verzekeringsstelsel hebben ook enkele zelfstandige bestuursorganen een belangrijke rol in de uitvoering van de AWBZ. In de modernisering van de AWBZ komt de structurering en positionering van die organen als zodanig niet aan de orde. Dit is geregeld in het kader van operatie Raad op Maat.

Op basis van de modernisering ontstaat een verandering in de aard van de werkzaamheden als gevolg van het veranderen van het instrumentarium, respectievelijk het niet meer van toepassing zijn van bepaalde regelgeving op (onderdelen) van de AWBZ- sectoren. Dat laat onverlet dat de beschikbare kennis en kunde veelal op andere wijze aangewend kan worden.

Voor het College voor Ziekenhuisvoorzieningen is daarvoor al de advisering aan het zorgkantoor genoemd. In het kader van de verbetering van de informatievoorziening zal met de ontwikkeling van het instrumentarium rond registratie, benchmarking, e.d. de behoefte aan geaggregeerde informatie toenemen.

Voor het toezicht is een belangrijke taak weggelegd. Voor het houden van toezicht is een heldere verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden met het bijbehorende instrumentarium van essentieel belang. Onverlet latend de eigen verantwoordelijkheid van alle partijen in de keten zijn de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie op de zorgverzekeringen (CTU) van de Ziekenfondsraad belast met het toezicht op de naleving van de wet- en regelgeving. Voor de IGZ is de invalshoek het leveren van verantwoorde zorg door aanbieders van zorg en voor het CTU is de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren de insteek.

## **7. Invoeringsstrategie**

De voorgestane veranderingsoperatie kost een aantal jaren, maar kan al op korte termijn resultaat opleveren. De invoering vindt stapsgewijs plaats daarmee ook ruimte gevend aan het tussentijds monitoren van de vorderingen. Waar partijen in een regio het samen eens zijn over het als koploper in het nieuwe model op pad gaan, wordt dat waar mogelijk gefaciliteerd in het kader van het experimenteerbeleid. In dit verband is het van belang te constateren dat de bij de modernisering betrokken partijen willen investeren in de voorgestane stapsgewijze veranderingsaanpak.

Essentieel in een dergelijke benadering is het identificeren van de sleutels in de beoogde verandering om de slag te kunnen maken. Het bouwwerk moet voldoende robuust zijn om de verandering te sturen en de nieuwe rollen waar te maken. In dit model zijn dat in termen van actoren de

zorgkantoren, de indicatie-organen en de consumenten- en patiënten-organisaties. In instrumenten zijn het de regulering van de toelating, de aanspraken «nieuwe stijl» (functies) en het regionaal kader. Het neerzetten van een robuuste structuur betekent ook dat er geïnvesteerd moet worden in de indicatie-organen en het zorgkantoor. Overigens worden daar ook taken uitgevoerd die nu voor een deel bij andere partijen (zorgaanbieders, uitvoerings- en beleidsorganen) liggen en dus is het ook een kwestie van herverdelen, hoe lastig dat ook is.

Het vormgeven aan het invoeringstraject betekent, dat er een overgangsregime moet worden geformuleerd waarin gestuurd vanuit het veranderingsperspectief de omslag wordt gemaakt naar de gemoderniseerde AWBZ. Voor bestaande voorzieningen betekent dat het stap voor stap toewerken naar de nieuwe situatie en voor nieuwe voorzieningen het van meet af aan, waar mogelijk, in de nieuwe systematiek functioneren.

In het implementatietraject moet worden gelet op de continuïteit van de zorgverlening of anders gezegd: tijdens de verbouwing gaat de verkoop gewoon door.

Voorkomen moet worden dat er gaten vallen in het huidige instrumentarium met als gevolg een stagneren van de voortgang van de zorg. Dat stagneren kan ook worden veroorzaakt door het als gevolg van de veranderingen afremmen van in gang gezette verbeteringen. Ook moet er op worden gelet dat de overgangssituatie niet leidt tot dubbelingen als gevolg van verschillende sturingsconcepten. En tot slot vergt het in een goede volgorde zetten van de voorgenomen veranderingen aandacht.

In deze context past het voortbouwen op een aantal veranderingen die in de afgelopen jaren of recent op gang zijn gebracht.

Dat zijn o.a. de indicatiestelling nieuwe stijl, de modernisering ouderenzorg, het persoonsgebonden budget, flexibilisering in de aanspraken in de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten, de verdelingen van intensiveringsmiddelen in de sector verpleging en verzorging en de care-brede registratie van wachtlijsten.

### *7.1. Implementatietraject*

In het implementatietraject worden een drietal deeltrajecten onderscheiden, te weten:

- a. het verstevigen van de regionale indicatieorganen en het zorgkantoor;
- b. het experimenteren in regio's binnen de in het plan van aanpak uitgezette koers;
- c. het aanpassen van het instrumentarium (wet- en regelgeving).

- a. Het verstevigen van de regionale indicatieorganen en het zorgkantoor.

Voor de indicatiestelling «nieuwe stijl» loopt een implementatietraject dat per 1 januari 2001 in termen van regelgeving wordt afgerond en in termen van veranderingsproces zeker tot 2002 tijd vergt. In dat proces is per sector een invoeringsstrategie opgesteld, terwijl de afstemming plaatsvindt in een projectmatige aanpak. Gegeven de majeure veranderingsoperatie die de indicatiestelling «nieuwe stijl» met zich brengt, wordt in een stimuleringsprogramma het proces gefaciliteerd. Dat past in de voor de modernisering AWBZ voorgestane aanpak.

Specifieke aandachtspunten in de context van de modernisering van de AWBZ voor de indicatiestelling zijn:

- de bestuurlijke vormgeving van de indicatieorganen met het oog op de

- AWBZ-brede invulling en de verbreding met aanpalende sectoren wonen, WVG en welzijn;
- de afstemming van de indicatiestelling in de keten van zorgvraag tot en met zorgverlening met name in verband met de taak van het zorgkantoor inzake de toewijzing;
  - maximale vereenvoudiging van de indicatiestelling voor eenvoudig te indiceren hulpvraag zowel uit oogpunt van de cliënt als uit oogpunt van efficiënte en doeltreffende vormgeving van het indicatieproces.

Niet genoemd zijn hier de afzonderlijke deeltrajecten uit het indicatiestellingsproject, zoals de verbreding met de WVG, wonen en welzijn, de koppeling met de gehandicaptenzorg en de aanpak in de geestelijke gezondheidszorg. De ontwikkeling van de formule van het zorgkantoor is al enkele jaren gelden op gang gebracht.

De zorgkantoren hebben binnen het kader van de brancheorganisatie ZN een ontwikkelingstraject ingezet om de ambities van het zorgkantoor op termijn in realiteit om te zetten. In die aanpak is een drieslag te onderkennen, te weten het ontwikkelen van de organisatie als zodanig, het ontwikkelen van een instrumentarium om de taken en verantwoordelijkheden te operationaliseren en het professionaliseren van de organisatie in termen van deskundigheid en bedrijfsvoering. Dit proces zal een paar jaar veel energie en inzet vergen, waarbij – zoals altijd in veranderingsprocessen – er een zeker tempoverschil zal zijn tussen zorgkantoren. Als gevolg van de modernisering AWBZ zal het takenpakket en het gewicht van het zorgkantoor alleen maar toenemen.

Het voegen van de daad bij de woorden hierover in «Zicht op Zorg» zal leiden tot meer beheerskosten op het niveau van het zorgkantoor en minder beheerskosten op centraal niveau; daar moet dus verschoven worden. Concrete agendapunten die in het kader van de modernisering van de AWBZ voor het zorgkantoor aan de orde moeten komen zijn:

- de taak en positie van het zorgkantoor in de «gemoderniseerde» keten van zorgvraag tot zorgverlening;
- de invulling van het begrip zorgtoewijzing in relatie tot de te formuleren regelgeving en de uitvoering daarvan door het zorgkantoor zowel in relatie tot het indicatieorgaan als de zorgaanbieder;
- de verantwoordelijkheid voor de registratie en de operationalisering daarvan
- de beheerskosten van het zorgkantoor.
- De vormgeving van prikkels voor het zorgkantoor om binnen de regionale kaders de beschikbare middelen zo efficiënt en effectief mogelijk in te zetten;
- De periodieke (financiële) verantwoording ten behoeve van de overheid.

In het verlengde van de door de zorgkantoren gekozen aanpak kan in gezamenlijk overleg invulling gegeven worden aan de beoogde versterking van de positie van het zorgkantoor met het oog op het slagen van de modernisering van de AWBZ.

b. Het experimenteren in regio's binnen de in het plan van aanpak uitgezette koers.

De wil in het veld om de modernisering van de AWBZ tot een succes te maken moet van meet af aan in het implementatie traject worden benut. In een tweesporenbenadering worden experimenten gestimuleerd, waarbij uitgangspunt is dat partijen in de regio gezamenlijk «Zicht op Zorg» dichterbij willen brengen.

Het eerste spoor is het in termen van de organisatie van de zorgketen operationaliseren van «Zicht op Zorg». Gegeven de verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden kunnen partijen invulling willen geven aan bijv. de informatie en registratie, de toewijzing, de samenwerking binnen de keten, de regiovisie, etc.

In deze aanpak kan ook, wanneer partijen dat gezamenlijk willen, AWBZ-breed worden geëxperimenteerd over grenzen van de huidige sectorenindeling heen. In het tweede spoor wordt de thematische benadering gekozen. Daarin komen bijv. aan de orde functionele aanspraken en zorgproducten, cliëntenparticipatie, regionaal kader, informatievoorziening (cliëntcommunicatiesysteem). Het experimenteren kan als het ware de implementatie flankeren. Ervaringen in de regio kunnen informatie opleveren voor de andere deeltrajecten en als zodanig resulteren in bijstelling van de uitwerking van de modernisering.

De bij het plan van aanpak gevoegde «Koplopers inbeleid en praktijk» kunnen als voedingsbodem voor te kiezen experimenten dienst doen. In het najaar van 1999 kunnen de eerste experimenten van start gaan.

#### c. Het aanpassen van het instrumentarium (wet- en regelgeving)

In dit deeltraject gaat het om het vormgeven van het instrumentarium dat nodig is voor de gemoderniseerde AWBZ en het stapsgewijs met kleine stapjes wegnemen van belemmeringen binnen het bestaande instrumentarium.

Met het oog op het nieuwe instrumentarium zijn de volgende onderwerpen van belang:

- functionele aanspraken en zorgproducten;
- regelgeving voor de zorgzwaarte, de mate van uitstelbaarheid van zorgverlening, de omslag extra- intramurale zorg;
- rol/taken zorgkantoor;
- regionaal kader;
- toelating;
- geleidelijke opheffing contracteerplicht;
- rijksbeleidskader met minimum normen voor capaciteit van bepaalde functies;
- informatievoorziening en registratie;

De aanpassingen die nodig zijn om binnen de bestaande regelgeving stapsgewijs de gemoderniseerde AWBZ te realiseren, hebben o.a. betrekking op:

- de AWBZ-brede toepassing van de methodiek van de ggz-regeling «zorg-op-maat»;
- de WBZ-brede toepassing van de volumegroeiregeling V en V;
- beperking reikwijdte WZV;
- deregulering WZV-bouwmaatstaven;
- het vervallen van de contracteerplicht;

In de bij dit plan van aanpak gevoegde instrumentariumnotitie wordt dit nader uitgewerkt, inclusief het tijdpad. Daarbij is het van belang dat er voldoende waarborgen zijn om uit oogpunt van de beheersing van de uitgaven de overstap te maken van het huidige instrumentarium naar het nieuwe. Zoals gezegd zijn voldoende toegeruste zorgkantoren en indicatieorganen daarvoor een voorwaarde.

## 7.2. Projectaanpak

Implementatie van «Zicht op Zorg» vergt een AWBZ-brede en – zoals hiervoor omschreven – procesmatige aanpak. Uit oogpunt van sturing en integrale benadering is daarvoor een projectorganisatie nodig. Een projectorganisatie die wordt opgebouwd op basis van de benodigde expertise in de genoemde deelprojecten en het managen van het proces als zodanig.

In de projectstructuur zal – zoals dat ook nu het geval is – het veranderingsproces centraal worden aangestuurd en zullen medewerkers uit de lijnorganisatie en externen in het project deelnemen.

De dialoog met vertegenwoordigers uit het veld, zoals die bij totstandkoming van het plan van aanpak is gevoerd, zal in het implementatietraject worden voortgezet en ook in de projectstructuur – zoals nu met een klankbordgroep – vorm worden gegeven. Ook zullen de experimenten in de regio steun krijgen op het niveau van de projectsturing. Om de gezamenlijkheid in het veranderingsproces tot uitdrukking te brengen, valt te overwegen om conform de aanpak in de meerjarenafspraken bij de start van het implementatietraject als partijen en overheden het committent aan het papier toe te vertrouwen. Deze projectaanpak moet garant staan voor een in overleg met partijen omzetten van de woorden in «Zicht op Zorg» in daden.

## 8. Tot slot

Het centraal stellen van de cliënt met een zorgvraag, het leveren van zorg op maat en de vermaatschappelijking van zorg binnen de beschikbare collectieve middelen zijn kernthema's in de modernisering.

«Zicht op Zorg» zet daar een koers voor uit. Het bevat een aanpak om de omslag te maken van aanbod- naar vraaggestuurde zorg. Door het functioneel opschrijven van de aanspraken vindt ontkoppeling van aanbieders plaats en wordt de beoogde flexibilisering geëffectueerd.

Het besturingsmodel met bijbehorend instrumentarium moet zorgen voor een samenhangend voorzieningenstelsel en een zodanig arrangement van betrokken organisaties, dat de gezamenlijke activiteiten van die organisaties leiden tot een optimale productie van zorg- en dienstverlening voor de cliënt.

De rijksoverheid heeft de verantwoordelijkheid en regie voor het AWBZ-bestel en is als zodanig ook verantwoordelijk voor «Zicht op Zorg».