

Vergaderjaar 1999–2000

**26 631**

## **Modernisering AWBZ**

**Nr. 3**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 november 1999

Bijgaand treft u aan de antwoorden op de vragen die de vaste commissie van VWS op 17 september 1999 heeft gesteld over de nota «Zicht op Zorg, plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ» (TK 26 631, nr. 4).

Vanuit de commissie zijn veel elkaar deels overlappende vragen gesteld over een aantal centrale thema's uit de nota. Met het oog op een coherent beeld ga ik in deze brief op vier van deze thema's wat uitgebreider in, te weten: vraagsturing, de positie van het zorgkantoor, de zorgplicht van het zorgkantoor in relatie tot het instrumentarium, en de regiovisie. Waar relevant wordt in de afzonderlijke antwoorden naar deze inleidingen verwezen.

Daarnaast komt in de vragen terecht het beeld naar voren dat «Zicht op Zorg» niet op zichzelf staat waar het gaat om het aandragen van oplossingen voor de knelpunten in de zorg. Naast «Zicht op Zorg» staan de meerjarenafspraken. Daarnaast zijn er een aantal inhoudelijke dossiers met duidelijke raakvlakken met «Zicht op zorg». De belangrijkste daarvan zijn: «de herziening van de WZV», «de modernisering van de ouderenzorg» en «de thuiszorg». Bij deze dossiers en bij de verhouding met «Zicht op Zorg» wordt in deze brief eveneens kort stilgestaan.

#### **1. Centrale thema's in «Zicht op Zorg»**

##### *1.1 Vraagsturing*

Het centraal stellen van de cliënt met een zorgvraag is één van de belangrijkste doelstellingen van de modernisering van de AWBZ zodat zorg op maat kan worden geleverd. Er moet meer ruimte gecreëerd worden voor flexibiliteit en aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag. Daaraan wordt concreet inhoud gegeven door de onafhankelijke en objectieve beoordeling van de hulpvraag (indicatiestelling «nieuwe stijl») en het op basis daarvan leveren van een integraal pakket

van zorg. Daarnaast heeft de cliënt ten principale de keus om na de indicatiestelling te opteren voor een persoonsgebonden budget.

## 1.2 Het zorgkantoor

Er wordt aangesloten op ontwikkelingen die reeds eerder in gang zijn gezet. Eén van die ontwikkelingen betreft het zorgkantoor. Onder het vorige kabinet is het principebesluit genomen de AWBZ concurrentievrij en regiogebonden te doen uitvoeren. Gelet hierop zijn met ingang van 1 januari 1998 zorgkantoren per WZV-regio aangewezen voor een periode van vier jaar. Het regeerakkoord bevestigt de keuze voor een concurrentievrije en regiogebonden uitvoering van de AWBZ en stelt dat voor de aanwijzing van de zorgkantoren een meerjarig concessiesysteem zal gaan gelden. «Zicht op Zorg» bouwt in zijn verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden om een vernieuwde sturing in de uitvoering te krijgen, voort op dit model van zorgkantoren.

Gelet op het principebesluit inzake zorgkantoren is het College voor zorgverzekeringen (Cvz), toen nog de Ziekenfondsraad geheten, een uitvoeringstoets gevraagd over verschillende elementen die een rol spelen bij de regeling van zorgkantoren. In december 1998 bracht de Ziekenfondsraad een eerste rapport hierover uit. Daarin schetste hij twee modaliteiten voor de positionering van de zorgkantoren. Aan het Cvz is het standpunt verwoord in de brief van de Minister d.d. 25 augustus 1999 inzake de positie van het zorgkantoor overgebracht in reactie op dit eerste rapport. Voor het Cvz was dit standpunt nodig om het tweede rapport van de uitvoeringstoets te kunnen uitbrengen. Daarbij is het Cvz gevraagd rekening te houden met de voornemens uit de nota «Zicht op Zorg». Van ons standpunt over de positionering van zorgkantoren bent u met een brief van 25 augustus 1999 in kennis gesteld.

Het standpunt komt er op neer dat de zorgverzekeraars uit het tweede compartiment hun huidige verantwoordelijkheid voor de AWBZ behouden, maar de feitelijke uitvoering overdragen aan de zorgkantoren. Doorslaggevend bij de overwegingen over de gewenste positionering is de samenhang voor cliënten/verzekerden tussen het eerste compartiment van zorg en verzekering en het tweede compartiment. De overdracht van de uitvoering aan de zorgkantoren zal worden bewerkstelligd door te regelen dat de zorgverzekeraars gezamenlijk één instantie per regio, het zorgkantoor, aanwijzen die de taken in het kader van de AWBZ uitvoeren, en hiertoe met elk van deze zorgkantoren een overeenkomst sluiten. Deze aanwijzing door de zorgverzekeraars voor een periode van vier jaar zal vervolgens goedkeuring behoeven van de minister van VWS dan wel het Cvz. Dit zal ook gelden voor de te sluiten overeenkomst tussen zorgverzekeraars en zorgkantoor. Voor deze goedkeuring zullen criteria worden ontwikkeld. Dit vormt één van de aspecten uit de uitvoeringstoets die het College voor zorgverzekeringen is gevraagd.

Wat de verantwoordingsstructuur betreft, leidt dit model ertoe, dat de zorgverzekeraars (tweede compartiment) hun formele eindverantwoordelijkheid voor de AWBZ behouden. Een zorgverzekeraar heeft echter geen afzonderlijke verantwoordingsrelatie met een zorgkantoor. De verantwoordingslijn loopt van elk zorgkantoor naar de zorgverzekeraars gezamenlijk. De zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het functioneren van de zorgkantoren en via die lijn voor de uitvoering van de AWBZ. De feitelijke verantwoording komt zodoende te liggen bij het zorgkantoor.

Daarnaast zullen ook de taken van de zorgkantoren bij of krachtens wet worden geregeld. Criteria en uitvoeringsvoorschriften zullen vervolgens

een zelfstandige uitvoering van AWBZ-taken bewerkstelligen en leiden tot een verantwoording van daartoe ingezette middelen. Door vervolgens informatieverplichtingen van het zorgkantoor enerzijds en onderzoeksmogelijkheden van de toezichthouder anderzijds te regelen kan de toezichthouder, de CTU, de recht- en doelmatige uitvoering vaststellen.

Naast de wettelijk geregelde lijn van verantwoording is het van belang dat een zorgkantoor zich ook transparant toont ten opzichte van de andere actoren in het AWBZ-veld, zoals de verzekerden, de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de lagere overheden. De brancheorganisatie, Zorgverzekeraars Nederland, is bezig met de ontwikkeling van een visitatiesysteem dat tot doel heeft de zorgkantoren aan kwaliteitseisen te binden en inzicht te bieden in de mate waarin zorgkantoren aan die eisen voldoen. Ook de gedachte om verzekerdenpanels in te stellen past bij deze lijn van maximale transparantie. In verschillende van deze trajecten kunnen benchmarking van zorgkantoren onderling en benchmarking van aanbieders een belangrijke rol spelen. Welke plaats deze instrumenten moeten krijgen zal aan de orde komen in het deeltraject voor «het verstevigen van de regionale indicatieorganen en het zorgkantoor» uit het implementatietraject dat in «Zicht op Zorg» is beschreven.

De omslag die het zorgkantoor moet maken van een vooral administratief orgaan naar een orgaan dat een beleidsrijke uitvoering van de AWBZ voor zijn rekening neemt, vergt een versterking van de zorgkantoren, onder andere door inzet van meer personeel. Deze omslag betekent ook dat op regionaal niveau door het zorgkantoor functies worden uitgevoerd, die nu nog op centraal niveau worden vervuld. Naar verwachting zal dit leiden tot een vermindering van taken en menskracht bij de betreffende centrale organen en het departement. Overigens zal pas na het uitkomen van het tweede rapport van het Cvz van de uitvoeringstoets over de zorgkantoren, het wetgevingstraject voor het regelen van de positie van zorgkantoren van start kunnen gaan.

### **1.3 De zorgplicht en het instrumentarium van het zorgkantoor**

De zorgplicht is het centrale kenmerk van het verzekeringskarakter van de AWBZ. Het is in het kader van de modernisering van de AWBZ met het oog op het centraal stellen van de cliënt dan ook van groot belang dat deze zorgplicht in de praktijk kan worden waargemaakt. Om dat voor elkaar te krijgen wordt een heel scala aan maatregelen voorgesteld, dat in de komende jaren stapsgewijs zal worden ingevoerd.

Om te beginnen is er extra geld beschikbaar. Daarnaast krijgt het zorgkantoor, als feitelijk drager van de zorgplicht, een aantal instrumenten waarmee het zorgkantoor in staat wordt gesteld een vanuit de optiek van de zorgvrager zo optimaal mogelijk pakket aan zorg – de juiste zorg voor de juiste prijs – in te kopen. De nu nog bestaande verplichting om met elke toegelaten aanbieder een contract te sluiten verdwijnt. Het zorgkantoor kan zich met andere woorden bij zijn contracteren laten leiden door de behoefte van de verzekerden. Daarnaast krijgt het zorgkantoor als gevolg van de introductie van een systeem van benchmarking van aanbieders inzicht in de kwaliteit in relatie tot de doelmatigheid van deze aanbieders. Het zorgkantoor kan met andere woorden bij zijn zorginkoop rekening houden met de prijs/kwaliteit die de betrokken aanbieders betrachten bij hun zorglevering.

Die kan vervolgens tot uitdrukking worden gebracht in de prijs die wordt afgesproken en kan leiden tot uitbreiding van de productieafspraken met goed presterende instellingen. Daartoe wordt in de gemoderniseerde AWBZ een systeem van maximumprijzen ingevoerd, waarbij overigens

met het oog op behoud van kwaliteit de producten zo zijn omschreven dat daarbij rekening kan worden gehouden met de zorgzwaarte, welk uitgangspunt ook in het Regeerakkoord is vastgesteld.

Aan de kant van de aanbieder wordt het keurslijf van de huidige aanspraken doorbroken. Aanbieders worden door middel van eerst flexibel en later ook functiegericht omschreven aanspraken in staat gesteld de zorg aan te bieden op de maat van de zorgvrager. Tegelijk met het loslaten van de klassieke instituutsgebonden aanspraken, worden overigens de toelatingscriteria voor aanbieders aangescherpt.

Onder de gemoderniseerde AWBZ is het indicatiebesluit inhoudelijk onaantastbaar voor het zorgkantoor. Hij kan zijn oordeel over wat er aan zorg nodig is niet in de plaats stellen van het indicatiebesluit. Wel krijgt het zorgkantoor een instrument in handen om met het oog op een zo doelmatig mogelijke besteding van de middelen de zorgleverantie te kunnen sturen. Daarnaast worden in «Zicht op Zorg» om voor de cliënt duidelijkheid te verschaffen over de zorgrealisatie, etc. beleidsregels voorgesteld die betrekking hebben op zaken als urgentie, mate van uitstelbaarheid van de levering van zorgproducten (normering wachttijden), omslagpunten intra- en extramurale zorgverlening.

Tot slot wordt de zorgketen transparant gemaakt. Op alle schakels in de keten (zorgvraag, gestelde indicatie, wachtlijsten en daadwerkelijke zorgleverantie) komen uniforme registraties zodat steeds objectieve informatie beschikbaar is over de werkelijke relatie tussen zorgvraag en zorgaanbod.

Indien ook met de effectieve werking van dit geheel aan maatregelen en instrumenten mocht blijken dat er toch nog sprake is van een kloof tussen vraag en aanbod, dan behoort het vervolgens tot het politieke primaat om daarover beslissingen te nemen. Dat kan dan of over de weg van de financiering (premies en eigen bijdragen), over die van het gericht inzetten van middelen – zoals nu gebeurt – die beschikbaar komen uit volumegroei of over die van het pakket.

#### **1.4 De regiovisie**

Een belangrijke opgave voor de modernisering van de AWBZ is dat er een betere aansluiting komt tussen de behoefte aan zorg in een regio en de beschikbare capaciteit. Daarbij is het van essentieel belang dat er een goede afstemming komt tussen de zorg die op grond van de AWBZ wordt geleverd en de voorzieningen waarover in andere kaders wordt beslist, zoals op de terreinen van wonen, werken, en welzijn. Deze afstemming dient tot stand te komen in de regio. Het instrument dat hiervoor in «Zicht op Zorg» wordt voorgesteld is de regiovisie.

De regiovisie heeft een inventariserende, analyserende en richtinggevende functie. In inventariserende zin geeft de regiovisie een beeld van de zorgbehoefte in de regio – zoals die bijvoorbeeld blijkt uit de geregistreerde hulpvragen, gestelde indicaties, wachtlijsten en daadwerkelijke zorgleveranties – van de demografische ontwikkelingen en van de behoefte en het aanbod aan wonen, werken en welzijn. In analyserende zin geeft de regiovisie aan waar de belangrijkste knelpunten in de aansluiting van behoefte en aanbod liggen of op termijn zijn te verwachten. In die zin gaat het om het aangeven van wegen om tot oplossingen te komen voor problematiek die zich in de regio voordoet.

Doel van de regiovisie is dat richting wordt gegeven aan het zorgbeleid en dat dit, met het oog op het belang van de zorgvrager/burger, gebeurt in

nauwe afstemming met de aanpalende terreinen van wonen, werken, en welzijn, en de voor die terreinen verantwoordelijke partijen. De regiovisie treedt daarbij niet in de plaats van de eigen beleidsverantwoordelijkheid van partijen. De regiovisie creëert meerwaarde ten opzichte van het autonome handelen van ieder van de partijen door een gemeenschappelijk referentiepunt te bieden. In die zin wordt de regiovisie «richtinggevend» genoemd.

Duidelijk mag zijn dat de regiovisie waarop in «Zicht op Zorg» wordt gedoeld, een andere is dan de regiovisie uit het verleden en van de Overgangswet Verzorgingshuizen. De vroegere regiovisie had vooral de functie van planningsinstrument voor de zorg. De nieuwe regiovisie heeft een andere reikwijdte: hij heeft niet alleen betrekking op de zorg, maar ook op de aanpalende terreinen van wonen, welzijn, en werken. De nieuwe regiovisie heeft ook een andere functie: hij is er niet om vóór anderen te plannen en beslissingen te nemen, hij is er om met anderen tot beleidsafstemming te komen.

Bij het totstandkomen van de regiovisie zijn alle partijen die een verantwoordelijkheid hebben op de terreinen van zorg, wonen, welzijn, en werken betrokken. In verband met de democratische legitimatie en om te voorkomen dat er een bestuurlijke tussenlaag zou ontstaan is, in overeenstemming met het regeerakkoord, de verantwoordelijkheid voor het proces van het tot stand brengen, onderhouden en evalueren van de regiovisie neergelegd bij de provincies en de vier grote steden. IPO en de vier grote steden hebben inmiddels een programma van eisen voor de regiovisie en de wijze van totstandkoming opgesteld.

## **2. «Zicht op Zorg», meerjarenafspraken en aanpalende inhoudelijke dossiers**

### *2.1 «Zicht op Zorg»*

«Zicht op Zorg» schetst een plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ. In dat plan van aanpak wordt nauw aangesloten op ontwikkelingen die reeds in het verleden in gang zijn gezet. De facto worden in «Zicht op Zorg» allerlei afzonderlijke vernieuwingstrajecten die de afgelopen jaren in gang zijn gezet onder één noemer, te weten die van de modernisering van de AWBZ, samengebracht. Daarmee worden allerlei verbeteringstrajecten binnen de AWBZ via een geïntegreerde aanpak gebundeld. Daarbij gaat het in grote lijnen om de volgende dossiers:

- alle per sector uitgezette trajecten die schuilgaan onder de noemer «zorgvernieuwing», «flexibilisering van de aanspraken» en «financiering naar zorgzwaarte»;
- alle per sector uitgezette trajecten die gericht zijn op de implementatie van de indicatiestelling «nieuwe stijl»;
- het traject dat gericht is op het versterken van de positie van het zorgkantoor;
- het traject dat gericht is op het vestigen van de regiovisie als procesinstrument;
- het traject persoonsgebonden of persoonsvolgende budgetten;
- alle trajecten die met het oog op een transparante zorgstructuur gericht zijn op het stroomlijnen van de informatievoorziening door en tussen de actoren in de AWBZ.

Door die samenvoeging onder één noemer wordt het mogelijk een eenduidig en samenhangend implementatietraject uit te zetten. Daarbij kan vervolgens gericht worden geprioriteerd. Absolute prioriteit is toegekend aan het robuust maken van de zorgkantoren en de indicatieorganen. Aanpassen van de wet- en regelgeving heeft immers geen enkel

effectief resultaat als de nieuwe kernspelers in de praktijk niet in staat zijn hun nieuwe rol te spelen.

Door samenvoeging van alle genoemde dossiers in één moderniserings-traject is het tevens mogelijk om VWS-breed een samenwerkingsspoor met andere departementen die bij de zorg betrokken zijn, uit te zetten. Een voorbeeld is het MDW-project AWBZ. Binnen dit project wordt samen met andere departementen gewerkt aan onderwerpen als «persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten» en «prikkel voor het zorgkantoor». Een ander voorbeeld is het onderzoek naar het opzetten van regionale kaders en naar daarbij horende kostenbeheersingsinstrumenten. Hierbij wordt nauw samengewerkt met het ministerie van Financiën.

## *2.2 Meerjarenafspraken*

De meerjarenafspraken hebben de functie van bestuurlijke overeenstemming met de sectoren over financiële prioriteiten en het in gang zetten van veranderingstrajecten op basis van een gemeenschappelijke beleidsagenda. Veel zaken die in «Zicht op Zorg» hun plek hebben gekregen, zijn bestuurlijk ook afgesproken in de meerjarenafspraken. Denk bijvoorbeeld aan de flexibilisering van de aanspraken en de verwerking in de tarieven van de zorgzwaarte. In verband met het brede bestuurlijke draagvlak blijven de meerjarenafspraken ook in de toekomst van essentieel belang voor de modernisering van de AWBZ.

## *2.3 Aanpalende inhoudelijke dossiers*

### *a. De herziening van de WZV*

Zoals al langer bekend, wordt momenteel gewerkt aan een vervanging van de huidige WZV. In het kader van de modernisering van de AWBZ gaat het daarbij om het juridisch verankeren van de regiovisie en om het dereguleren van de regelgeving voor de bouwkwaliteit. 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. Voor grootschalige intramurale zorgvoorzieningen blijft de WZV van toepassing met dien verstande dat deze fors wordt gedereguleerd voor wat betreft de bouwmaatstaven.

### *b. Modernisering ouderenzorg*

Van cruciaal belang bij de modernisering van de ouderenzorg is de overheveling met ingang van 2001 van de verzorgingstehuizen naar de AWBZ op basis van de Overgangswet verzorgingstehuizen. Bij de vormgeving van deze overheveling wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van het gedachtegoed van «Zicht op Zorg». Zo wordt bij de formulering van de aanspraak verzorgingshuiszorg aangesloten op de aanspraken verpleeghuiszorg en thuiszorg, om zo snel mogelijk na 2001 alle aanspraken in het V+V-cluster te kunnen flexibiliseren.

### *c. Toelating*

In de meibrief thuiszorg (TK 1998–1999; 23 235, nr. 64) is aangegeven dat er voor de thuiszorginstellingen toelatingscriteria zullen komen die er voor moeten zorgen dat deze instellingen op het punt van hun bestuurlijke en financiële organisatie volledig transparant en controleerbaar zijn en blijven. In het kader van de modernisering van de AWBZ zullen deze toelatingscriteria gaan gelden voor alle AWBZ-aanbieders.

#### d. Jeugdzorg en verslavingszorg

Momenteel lopen er op twee direct of indirect aan de AWBZ gerelateerde zorgsectoren-projecten waarvoor de discussie over «Zicht op Zorg» als plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ van belang is. Het gaat om de jeugdzorg en de verslavingszorg. In beide gevallen gaat het over het vraagstuk van sturing en financiering van deze sectoren.

Over de jeugdzorg (jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugd-GGZ) adviseert de Adviescommissie Wet op de jeugdzorg (Commissie Günther) naar verwachting in december. Over de verslavingszorg hebben de RVZ en de RMO in juli jl. een advies uitgebracht. Bij de standpuntbepaling op beide dossiers zal rekening worden gehouden met de stand van zaken van de modernisering van de AWBZ.

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