

Vergaderjaar 2000–2001

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 10

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 december 2000

Op 20 april 2000 is de nota «Zicht op zorg, plan van aanpak Modernisering AWBZ» door de Tweede Kamer aangewezen als groot project. In mijn brief van 27 juni 2000 (Kamerstukken 1999–2000, 24 036 en 26 631, nr. 166) met de kabinetsreactie op het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ» en de nota «Aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ» heb ik u toegezegd in het kader van de procedureregeling grote projecten een tijdplanning voor de implementatie voor de onderscheiden projectonderdelen te doen toekomen. Bijgaand treft u deze projectbeschrijving van het groot project modernisering AWBZ aan.

Omdat Zicht op Zorg verwijst naar het MDW-traject voor de nadere invulling van de persoonsgebonden bekostiging maakt – op basis van het kabinetsstandpunt over het MDW-rapport – de implementatielijnen voor de verdere ontwikkeling van de persoonsgebonden bekostiging deel uit van de projectbeschrijving modernisering AWBZ.

De projectbeschrijving betreft alle onderdelen van de Modernisering van de AWBZ, zoals verwoord in «Zicht op Zorg». Zoals ik in mijn reactie van 10 maart 2000 op de ingediende motie van Vliet c.s. (nr. 5) heb aangegeven, geldt voor een aantal trajecten de voorlopige «pas op de plaats» totdat het vervolgdebat over de Modernisering van de AWBZ heeft plaatsgevonden, terwijl andere trajecten wel doorgang vinden. De projectbeschrijving betreft de uitwerking van de planning van de implementatie van de verschillende onderdelen van de Modernisering van de AWBZ en laat de «pas op de plaats» voor een aantal onderdelen onverlet. Implementatie van alle onderdelen zal eerst kunnen plaatsvinden nadat het vervolgoverleg over de nota heeft plaatsgevonden. Alsdan zal de planning op onderdelen moeten worden bijgesteld omdat dan pas het startmoment voor een deel van de trajecten bekend zal zijn.

Mede in verband met de lopende discussie over de positionering van de zorgkantoren plaats ik bij de projectbeschrijving de volgende opmer-

kingen. Kern van de analyse in Zicht op Zorg is dat voor een vraaggerichte en doelmatige uitvoering van de AWBZ versterking van de verzekeraarsfunctie noodzakelijk is. Het gaat daarbij onder meer om de functies zorginkoop en registratie die noodzakelijk zijn om ervoor te zorgen dat de geïndiceerde verzekerde van een passend aanbod wordt voorzien. In het AO van 7 december jl. is geconstateerd, dat in het kader van de stelsel-discussie meerdere opties mogelijk zijn met betrekking tot de vraag wie de verzekeringsfunctie in de toekomst zal gaan uitvoeren. In lijn met de motie Van Vliet (nr. 31) wordt in de projectbeschrijving de mandaatsconstructie als een overgangssituatie gezien, zodat in de tussentijd een adequate uitvoering van de AWBZ gegarandeerd is.

Gegeven het karakter van de AWBZ heeft de verzekerde de keuzevrijheid ten aanzien van de plaats waar hij/zij wil dat de zorg geleverd wordt, ongeacht de WZV-regio waarin de gekozen instelling gevestigd is.

Conform de procedureregeling grote projecten dient de departementale accountantsdienst of een openbaar accountantskantoor een oordeel uit te spreken over de projectopzet. Vanwege het bijzondere karakter van het project, waarbij in mindere mate dan bij bijvoorbeeld grote infrastructuurele projecten de financiële beheersingscomponent speelt, is besloten een extern bureau met ruime kennis met betrekking tot het opzetten en implementeren van complexe projecten in te schakelen.

Door bureau Twynstra Gudde is een toets uitgebracht op de projectopzet, die ik als bijlage bij deze brief heb gevoegd¹. Ik kan mij vinden in dit commentaar en zal de aanbevelingen uitvoeren. Een deel van dit commentaar heeft nauw te maken met het feit dat vanwege de «pas op de plaats» de planning van een aantal onderdelen nog niet in detail kon worden uitgewerkt. Zodra politieke besluitvorming heeft plaatsgevonden, kan en zal het implementatietijdpad en de rapportageplanner concreter worden ingevuld, waarbij mijlpalen (tussenresultaten) nader zullen worden benoemd.

De haalbaarheid van het project wordt in grote mate bepaald door het draagvlak en de medewerking van de verschillende partijen. Het belang van een goed communicatieplan – gericht op tweézijdige communicatie met alle betrokken partijen – onderschrijf ik en zal ter hand worden genomen nadat politieke besluitvorming heeft plaatsgevonden.

Twynstra Gudde plaatst terecht de vraag naar kostenbeheersing in relatie tot de omslag van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd systeem. Daarbij merk ik allereerst op dat met de recente uitspraken van de rechter inzake de sectoren verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg die het verzekeringskarakter en de daaruit voortvloeiende zorgplicht van de verzekeraar bevestigen, heroverweging van de beheersingssystematiek moet plaatsvinden. In een vraaggestuurde AWBZ is een daarop afgestemd beheersinstrumentarium nodig en de verschillende bouwstenen daarvoor zijn terug te vinden in de projectbeschrijving. Onder meer vereist dit omslag van aanbodbudgettering naar goed omschreven producten en prijzen en zal sturing op de toegang – onder meer door middel van een objectieve indicatiestelling, de ontwikkeling van omslagpunten intramuraal/extramuraal etc. – essentieel zijn voor een beheerste uitvoering van de AWBZ.

De complexiteit van de modernisering AWBZ is groot omdat de voortgang van de veranderingstrajecten m.b.t. de te onderscheiden onderdelen zeer nauw met elkaar samenhangt en onderling van elkaar afhankelijk is. Het debat wat wij begin februari zullen voeren over het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ» en het kabinetsstandpunt hierover en de nota «aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ» n.a.v. de adviezen van het CvZ, de CTU, de landsadvocaat en de Nma, zal uiteraard waar nodig in de uitwerking van het groot project betrokken worden.

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

Ik ga ervan uit dat met deze projectopzet en de daarop gebaseerde voortgangsrapportages (tweemaal per jaar) de Tweede Kamer over de verschillende onderdelen van de Modernisering van de AWBZ voldoende en op samenhangende wijze kan worden geïnformeerd. Uiteraard wordt het startmoment van het project en daarmee het starten met de voortgangsrapportages bepaald in het kader van het vervolgdebat over de Modernisering van de AWBZ en de politieke besluitvorming daarover.

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

Inhoudsopgave	blz.
1. INLEIDING	5
2. AANLEIDING VOOR MODERNISERING	5
4 2.1 De modernisering van de AWBZ: een stand van zaken	5
2.2 Wat er verder aan vooraf ging	6
3. DOELEN EN INSPANNINGEN VAN HET GROOT PROJECT	7
3.1 Problemen in het huidige stelsel	7
3.1.1 Kwalitatieve knelpunten	7
3.1.2 Kwantitatieve knelpunten	8
3.2 Doel en inspanningen	8
3.3 Ombouw van de AWBZ van een in essentie aanbodge- stuurd systeem naar een in essentie vraaggestuurd systeem	8
3.3.1 De klant centraal	9
3.3.2 Een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling voor alle AWBZ-sectoren	9
3.3.3 Een betere afstemming tussen zorgaanbod en zorgvraag	10
3.3.4 Wordt de AWBZ ook daadwerkelijk meer vraag- gestuurd?	11
3.4 Randvoorwaarden: uitvoeringsstructuur gericht op een doelmatige uitvoering van de AWBZ	11
3.5 Doel-inspanningen-netwerk	12
4. AFBAKENING EN RANDVOORWAARDEN	13
4.1 Context en randvoorwaarden	13
4.2 Relatie met andere projecten	14
5. IMPLEMENTATIE	14
5.1 Aanpak	14
5.2 Deeltraject 1: Persoonsgebonden bekostiging	15
5.3 Deeltraject 2: Versterken van de uitvoeringsstructuur	16
5.3.1 Ondersteunen van patiënten en cliënten organisa- ties	16
5.3.2 Verbeteren van de indicatiestelling	16
5.3.3 Versterken van de verzekeraarsfunctie	17
5.3.4 Voortgangsrapportage	18
5.4 Deeltraject 3: scheppen van juridische randvoorwaarden	19
5.5 Deeltraject 4: koplopers	21
5.6 Implementatietijdpad	21
6. BESTURING VAN HET PROJECT	23
6.1 De organisatie van het project	23
6.2 Monitoring van het project	25
6.3 Rapportageplanner	25
7. BEGROTING	26

1. Inleiding

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

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

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

De implementatie is dus ingedeeld in vier trajecten:

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

Deze nota volgt de volgende opbouw. Hoofdstuk 2 beschrijft de aanleiding voor de modernisering. In dit hoofdstuk wordt kort teruggeblikt op o.a. de behandeling door de Tweede Kamer en de daaraan verbonden conclusies. Hoofdstuk 3 beschrijft de doelen en inspanningen van het groot project modernisering AWBZ. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt in een doel-inspanningen-netwerk het kader weergegeven voor het groot project. Hoofdstuk 4 geeft de afbakening en de randvoorwaarden van het project aan. In hoofdstuk 5 worden vervolgens de genoemde inspanningen per deeltraject uitgewerkt en wordt voorzover mogelijk aangegeven welke concrete activiteiten uitgevoerd gaan worden en op welke termijn dit resultaten oplevert. Hoofdstuk 6 beschrijft de besturing van het project en hoofdstuk 7 geeft tenslotte het budget aan dat voor dit project is gereserveerd.

2. Aanleiding voor modernisering

2.1 De modernisering van de AWBZ: een stand van zaken

In de nota «Zicht op Zorg» wordt de modernisering AWBZ in beleidsmatige termen beschreven. In die nota wordt sterk benadrukt dat «Zicht op Zorg» geen blauwdruk voor vernieuwing of verandering is. «Zicht op Zorg» sluit aan op veranderingen die zich in het veld zelf voltrekken. «Zicht op Zorg» probeert die verschillende veranderingen onder één noemer te brengen: de omslag van een in essentie aanbodgestuurd systeem naar een in essentie vraaggestuurd systeem. De tijd heeft, na het verschijnen en het bespreken van de nota Zicht op Zorg niet stil gestaan en, belangrijker nog, ook de veldpartijen zijn voortgegaan in de richting van meer vraaggestuurde zorg. De projectbeschrijving van het groot project vloeit niet alleen voort uit de inhoud van «Zicht op Zorg», maar

beoogt tevens de ontwikkelingen die zich in het afgelopen jaar hebben voorgedaan, te omvatten. Die ontwikkelingen betreffen met name de voortgang met betrekking tot de trajecten waarover ik in mijn brief van 10 maart 2000 over de motie Van Vliet (nr. 5) heb aangeduid dat deze verder worden geïmplementeerd. Daarbij gaat het ondermeer om de indicatiestelling, de uitbouw van het PGB en de aanpak van de wachtlijsten.

2.2 Wat er verder aan vooraf ging

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

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

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

Bij brief van 10 maart 2000 (Kamerstukken II, 1999–2000, 26 631, nr. 7) heb ik gereageerd op deze motie. Conform het gestelde in deze brief zijn geen initiatieven genomen inzake het positioneren van het zorgkantoor en de daarmee samenhangende verankering daarvan, het verder invullen van het begrip regiovisie en het starten van experimenten/koplopers in het kader van Zicht op Zorg. Wel is gewerkt aan het wegwerken van de wachtlijsten, de flexibilisering van de aanspraken en het ontwikkelen van meer vraaggestuurde zorg door middel van PGB/PVB op basis van het gestelde in de brief van 10 maart jl.

Vervolgens is bij brief van 27 juni 2000 de nota «Aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ» (Kamerstukken II, 1999–2000, 24 036 en 26 631, nr. 166) aangeboden aan de Tweede Kamer.

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

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

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

- «het verder uitbouwen en versterken van de indicatiestelling;
- het verbeteren van de registratie van feitelijk geleverde zorg;

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

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

In essentie betekent de modernisering van de AWBZ het maken van de omslag van aanbod- naar vraagsturing door het in de AWBZ in de reguliere structuur opnemen van de persoonsgebonden bekostiging naast de zorg in natura en het ten behoeve van die omslag versterken van de uitvoering en het beheersinstrumentarium zodat de geïndiceerde zorg doelmatig kan worden geleverd.

Het geheel geschiedt in een stelselneutrale context; er is geen sprake van een wettelijke verankering van zorgkantoren. De mandaatconstructie wordt daarbij als een overgangssituatie geschetst. Waar op termijn in het kader van besluitvorming over het zorgstelsel veranderingen worden voorgesteld die van invloed zullen zijn op de in de moderniseringsvoorstellen voorgestane wijzigingen, zullen deze moderniseringsvoorstellen en daarmee dit projectplan worden aangepast.

3. Doelen en inspanningen van het groot project

3.1. Problemen in het huidige stelsel

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

3.1.1 Kwalitatieve knelpunten

De zorg die op basis van de AWBZ geleverd wordt, kenmerkt zich vooral door aanbodsturing of nog preciezer: sturing via de aanbieder. De verzekeringswet AWBZ is omgeven door de WZV en de 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 dit systeem staat niet zozeer de gevraagde zorg voorop, maar het aanwezige aanbod. Wanneer het aanbod er niet is, resteert de wachtlijst.

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

De cliënt heeft weinig mogelijkheden zelf greep te krijgen op de zorg

waarvoor hij of zij verzekerd is. Dit verstarde aanbodgerichte stelsel past niet bij de toenemende maatschappelijke vraag naar flexibiliteit en vraaggerichtheid in de AWBZ-zorg.

3.1.2 Kwantitatieve knelpunten

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

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

3.2 Doel en inspanningen

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

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

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

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

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

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

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

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

Uit bovenstaande zijn de volgende afgeleide subdoelstellingen te herleiden:

1. de klant moet centraal gesteld worden in het nieuwe systeem;

2. er moet een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling komen voor alle AWBZ-sectoren;
3. er moet een betere afstemming tussen zorgaanbod en zorgvraag komen.

3.3.1 De klant centraal

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

- *invoering van persoonsgebonden bekostiging*
Het centraal stellen van de cliënt komt in het nieuwe stelsel mede tot uiting doordat de cliënt de keus heeft om na de indicatiestelling te kiezen voor PGB of zorg in natura (PVB). De zorg in natura wordt in dat kader helder omschreven in producten met bijbehorende prijzen, zodat het geld altijd de klant kan volgen. Het zorgkantoor is in beide gevallen de instantie die het budget toekent.
- *flexibiliseren en functioneel omschrijven van aanspraken en ontschotting*
Het centraal stellen van de cliënt komt in het nieuwe stelsel tot uiting doordat de hulpvraag van de cliënt het uitgangspunt wordt bij het verlenen van zorg op maat. Door het flexibiliseren van de (deel-)aanspraken wordt het beter mogelijk daadwerkelijk zorg op maat te leveren aan de zorgvrager. Het functioneel omschrijven van de aanspraken leidt tot ontkoppeling van de aanspraken van de aanbieders. Daardoor ontstaan er voor zorgaanbieders mogelijkheden om hun expertise meer gericht op de wensen van de cliënt in te zetten. Voor de cliënten worden de keuzemogelijkheden vergroot, omdat verschillende zorgaanbieders verschillende zorgpakketten mogen leveren zodat op termijn ook de schotten tussen de AWBZ-sectoren V&V, GZ en GGZ kunnen worden geslecht.
- *ondersteunen van regionale cliënt- en patiëntenorganisaties*
Niet alleen moet de cliënt meer keuzevrijheid hebben, die cliënt moet, als mondige burger, ook meer gehoord worden. In de afgelopen jaren is de rechtspositie van de cliënt versterkt, waardoor meer invloed kan worden uitgevoerd op de aangeboden zorg (denk bijvoorbeeld aan de WGBO, WMCZ, Wet klachtrecht en de Kwaliteitswet), maar nog niet op de organisaties in de zorgketen.
Om dit te bereiken zal de invloed van patiënten- en cliëntenorganisaties moeten worden versterkt. Concreet moet worden gezien hoe de positie van de patiënten- en cliëntenorganisaties ten opzichte van indicatieorganen en zorgkantoren kan worden versterkt zowel in bestuurlijk opzicht als in faciliterende zin. In het verlengde daarvan is de vraag aan de orde of de bestuurlijke positie van zorgaanbieders m.n. in relatie tot de indicatieorganen en de zorgkantoren (Raad van Advies) herijking behoeft.

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

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

invoering. Laatstelijk is bij voortgangsbrief van 31 mei 2000 gerapporteerd. Bij de indicatiestelling nieuwe stijl worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

3.3.3 Een betere afstemming tussen zorgaanbod en zorgvraag

– *versterken van de verzekeraarsfunctie*

In het realiseren van een betere afstemming tussen zorgaanbod en zorgvraag speelt het zorgkantoor een belangrijke rol, als uitvoerder van de verzekering daartoe gemandateerd door de uitvoeringsorganen. Het zorgkantoor dient op basis van de wettelijke zorgplicht ervoor zorg te dragen dat er voldoende zorg is in kwalitatieve en kwantitatieve zin. In het kader van het groot project zal de verbetering van de uitvoering daarom ondersteund worden zodat de verzekeringsfunctie adequaat uit kan worden gevoerd. Bij de ontwikkeling van vraagsturing in de AWBZ en de daartoe benodigde uitvoeringsorganisatie komt op een zeker moment de keuze voor risicodragende uitvoering aan de orde. Dan komen opties in beeld als verdergaande integratie of afstemming met de uitvoering van het tweede compartiment danwel zelfstandige uitvoering van de AWBZ. Deze vraagstukken hangen samen met het stelseldebat en zullen mede in dat kader moeten worden beantwoord (Kamerstukken II, 1999–2000, 2661, nr. 166 e.v.). In dat verband wordt in het kader van het groot project de zorgkantoorconstructie als een overgangssituatie bestempeld. Zowel het verder ontwikkelen van het beheersingsinstrumentarium, als het voorbereiden van een keuze voor de uitvoeringsstructuur zijn zaken die in het kader van dit project in het werkprogramma worden opgenomen.

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

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

– *herijking van het toelatingsbeleid*

Aan de kant van de aanbieder (aanbod) wordt het keurslijf van de huidige aanspraken doorbroken. De toelating zal worden aangepast zodat het mogelijk zal worden voor meer aanbieders om toe te treden tot de «markt». In het kader van het toelatingsbeleid zal de vigerende wetgeving worden getoetst op volledigheid uit oogpunt van kwaliteit en bedrijfsvoering te stellen eisen. Daarbij past dat met het loslaten van de klassieke instituutgebonden aanspraken, de toelatingscriteria voor aanbieders worden aangescherpt.

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

Tot slot wordt de zorgketen transparant gemaakt. Op alle schakels in

de keten komen uniforme registraties zodat steeds objectieve informatie beschikbaar is over de werkelijke relatie tussen zorgvraag, geïndiceerde zorg, de geleverde zorg en – wat dan nog resteert – de wachtlijst.

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

3.3.4 Wordt de AWBZ ook daadwerkelijk meer vraaggestuurd?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

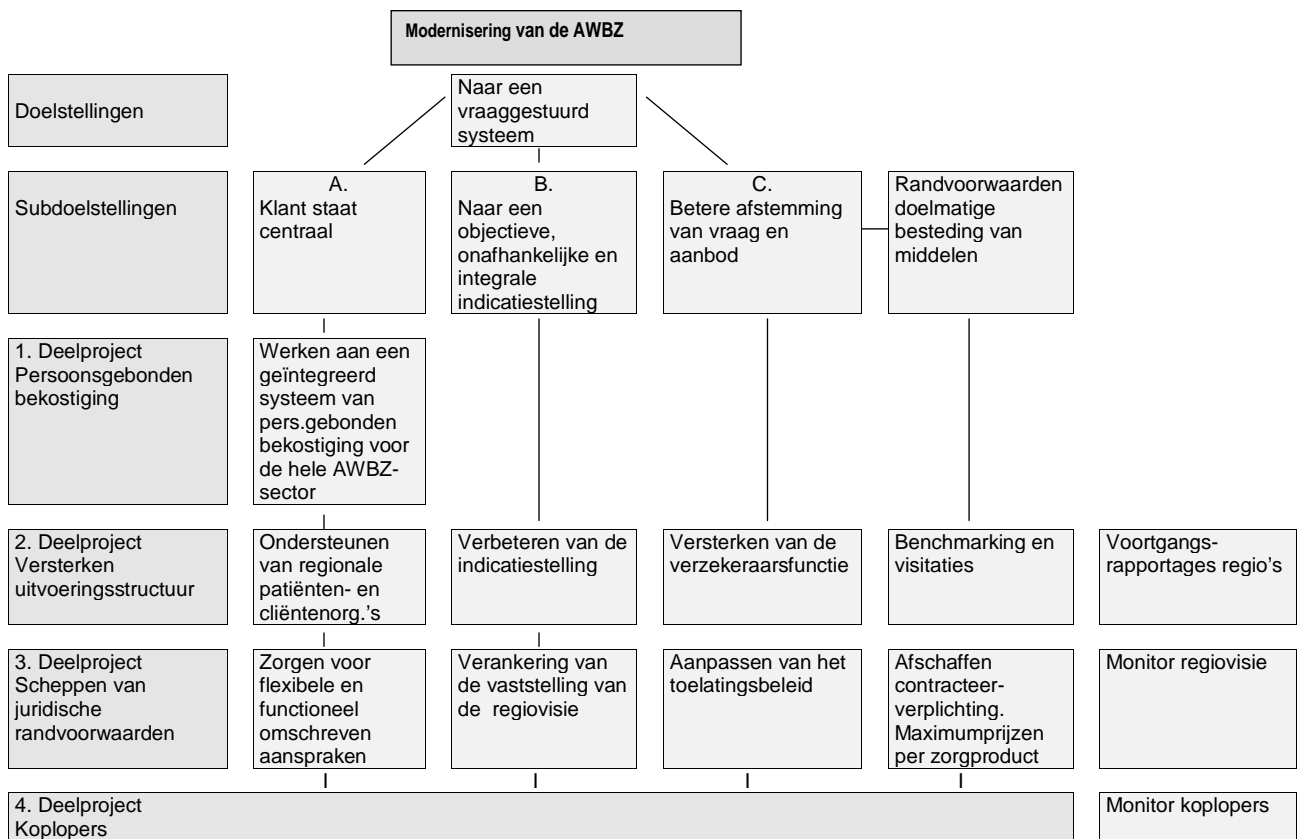
- *omslagpunten extra- en intramuraal*
Uitgangspunt van het beleid vormt de extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg. Evenwel kan er sprake zijn van dusdanig hoge kosten verbonden aan extramurale zorg, dat uit doelmatigheids-

overwegingen intramurale zorg aangewezen is. In verband met de toegang tot de zorg zullen omslagpunten intra-/extramuraal moeten worden ontwikkeld.

- *afschaffen contracteerverplichting*
De nu nog bestaande verplichting om met elke toegelaten aanbieder een contract te sluiten moet geleidelijk verdwijnen. Het zorgkantoor kan – daartoe gemandateerd – zich met andere woorden bij het contracteren laten leiden door de beste prijs/kwaliteit verhouding van het zorgaanbod.
- *benchmark op doelmatigheid*
Er zal benchmarking van de aanbieders worden ingevoerd. Het zorgkantoor krijgt hiermee inzicht in de kwaliteit in relatie tot de doelmatigheid van deze aanbieders. Dit zal in overleg met het CvZ en het CTG worden vormgegeven.
- *prestatiegerichte bekostiging*
De prijs/kwaliteit verhouding kan tot uiting komen in de prijs die wordt afgesproken met de aanbieder en kan leiden tot uitbreiding van de productieafspraken met goed presterende instellingen. Daartoe wordt in de gemoderniseerde AWBZ een systeem van prestatiegerichte bekostiging ingevoerd, met maximumtarieven voor relevante prestaties.
- *bevorderen van concurrentie tussen aanbieders*
De toelatingssystematiek voor aanbieders zal in het kader van de modernisering worden aangepast zodat het op termijn mogelijk is dat aanbieders AWBZ-breed zorgactiviteiten ontwikkelen. Met name door het adequaat en functioneel omschrijven van producten zal een gezonde competitie tussen aanbieders kunnen ontstaan en kunnen aanbieders zich ook op specifieke groepen en leefstijlen richten. Tegelijk met het aanpassen van deze toelatingssystematiek zullen ook de eisen voor toelating op het gebied van kwaliteit, organisatie en bedrijfsvoering o.a. financiële transparantie worden aangescherpt.
- *ontwikkelen van prikkels in de verzekeraarsfunctie*
Het zorgkantoor heeft een verantwoordelijkheid voor het bevorderen van een meer doelmatige besteding van de AWBZ-gelden. In het kader van het groot project zal onderzocht worden welke prikkels ontwikkeld kunnen worden om de verzekeraarsfunctie te stimuleren tot een meer doelmatige uitvoering van de toegekende taken. Daarbij zal ook gekeken worden of het mogelijk is een financiële prikkel in te bouwen voor een doelmatiger uitvoering.

3.5 Doel- inspanningen-netwerk

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



4 Afbakening en randvoorwaarden

4.1 Context en randvoorwaarden

– draagvlak

In essentie is zorg de ontmoeting tussen een hulpvrager en een hulpverlener. In die ontmoeting krijgt de zorg gestalte en wordt de hulpvraag beantwoord. De overheid schept de voorwaarden voor het inrichten van het bestel om die zorg te leveren. Voor het welslagen van het groot project zijn de vernieuwingsbereidheid van de zorgaanbieders, de ideeën van de patiënten/cliënten organisaties, de inzet van de verzekeraars en de bijdrage van de RIO's essentieel. De provincies (de totstandkoming van de regiovisie) en de gemeenten (integratie Wvg en wonen/welzijn) kunnen in het kader van hun eigen verantwoordelijkheid een bijdrage leveren aan de beoogde samenhang tussen de zorg en aanpalende terreinen.

De betrokkenheid van deze partijen is gewaarborgd middels de projectstructuur en in het kader van het deelproject koplopers.

– verschillende snelheden

Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven zijn in het groot project verschillende vernieuwingstrajecten samengebracht en in een breder kader gezet. Dat betekent dat het project als geheel niet een duidelijk startmoment heeft, maar op een incrementele wijze tot stand is gekomen. Als gevolg hiervan is het groot project een project van verschillende snelheden geworden, waarbij sommige activiteiten nog opgestart moeten worden, terwijl andere activiteiten al enige jaren lopen.

– beheersing van kosten

Ook in een gemoderniseerde AWBZ zal er sprake moeten zijn van een

beheerste kostenontwikkeling. Er zal een helder zicht moeten zijn op de ontwikkeling van de vraag naar zorg en de mogelijke consequenties voor de financiële ramingen op macroniveau. De omslag van aanbodsuring naar vraagsturing is dus eerst mogelijk nadat een op vraagsturing gericht beheersingsinstrumentarium is ontwikkeld en de uitvoeringsstructuur is versterkt.

– *stap voor stap*

De modernisering van de AWBZ is een majeur veranderingstraject dat een aantal jaren zal vergen en in goed overleg met verschillende partijen meer concreet vorm moet krijgen. De overgang naar de gemoderniseerde AWBZ moet een geleidelijke overstap zijn, waarbij stap voor stap bestaande zekerheden worden vervangen door nieuwe instrumenten die de continuïteit van zorg bewerkstelligen.

4.2 Relatie met andere projecten

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

- de herziening van de WZV;
- plan van aanpak wachtlijsten;
- ontwikkelingen 2de compartiment;
- de ontwikkelingen met betrekking tot het stelsel.

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

5 Implementatie

5.1 Aanpak

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

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

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

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

praktijk zal ook tijdens de implementatie van de modernisering van de AWBZ gecontinueerd worden.

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

5.2 Deeltraject 1: Persoonsgebonden bekostiging

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

Een systeem van persoonsgebonden bekostiging vraagt in eerste instantie om het op individueel niveau vaststellen van de aard en de omvang van de zorgvraag. Vervolgens kan de verzekerde kiezen of voor een PGB (waarbij hij of zij na indicatiestelling kiest om zelfstandig zijn budget aan te wenden om de zorg te regelen) voor zorg in natura (PVB waarbij de bekostiging de cliënt volgt). Het zorgkantoor is in beide gevallen de instantie die het met zorg gemoeide budget toewijst.

– harmonisering van bestaande PGB systemen

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

In het kader van het project zal eerst worden nagegaan of en in hoeverre deze regelingen geharmoniseerd kunnen worden. In essentie komt dit erop neer dat wordt nagegaan of en hoe de in de onderscheiden subsidieregeling genoemde zorgfunctie (producten) identiek omschreven kunnen worden en de systematiek voor de daarbij te hanteren tarieven en de te heffen eigen bijdragen op één leest kan worden geschoeid. Daarbij wordt gekeken naar belemmeringen, barrières en mogelijke oplossingen in:

- de ontschotting
- de zorgzwaarte, producten en indicatie
- de uitvoeringsstructuur
- de eigen bijdrage.

De Tweede Kamer zal voorjaar 2001 worden geïnformeerd over de mogelijkheden van harmonisering van de verschillende PGB-systemen. Na goedkeuring door de Tweede Kamer zal aan het College voor Zorgverzekeringen de opdracht worden gegeven om de geharmoniseerde PGB-regeling te ontwerpen en zal door de projectgroep een overgangsregeling worden ontwikkeld. Er wordt naar gestreefd de geharmoniseerde PGB-regeling in 2002 in te voeren.

– verdere ontwikkeling PVB

Daarnaast zal binnen het systeem van instellingsbudgettering het PVB verder ontwikkeld worden. Het huidige systeem van instellingsbudgettering op basis van geleverde productie wordt omgezet in een

systeem waarbij de financiering de klant volgt: het persoonsvolgend budget. Indien klanten niet tevreden zijn over de door aan aanbieder geleverde zorg kunnen zij zich wenden tot een andere aanbieder.

De cesuur tussen PVB en het PGB dient nader te worden bepaald. In de rapportage over de harmonisering van de PGB-systemen zal tevens op de verdere ontwikkeling rond PVB worden ingegaan.

Ook dit deeltraject is een majeure operatie waarvan het onmogelijk is van te voren in detail aan te geven welke activiteiten gedurende het project uitgevoerd zullen worden. Gedurende het project zal meer inzicht ontstaan in de uit te voeren activiteiten, bijvoorbeeld naar aanleiding van de rapportage voorjaar 2001 over de harmonisering van de PGB-regeling. In de reguliere rapportage over het groot project aan de Tweede Kamer zal steeds zoveel als op dat moment mogelijk worden aangegeven welke activiteiten uitgevoerd gaan worden.

5.3 *Deeltraject 2: versterken van de uitvoeringsstructuur*

5.3.1 Ondersteunen van patiënten- en cliëntenorganisaties

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

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

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

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

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

Vervolgens zal periodiek worden gerapporteerd over de implementatie van de nieuwe positionering van de patiënten en cliënten organisaties. Deze herpositionering dient in 2004 geheel te zijn geïmplementeerd. Momenteel wordt gewerkt aan een nota over het patiënten en consumenten beleid, die voorjaar 2001 naar de Tweede Kamer zal worden verzonden.

5.3.2 Verbeteren van de indicatiestelling

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

- *verbreden van de taken*
De taken van de RIO's worden verbreed met de verantwoordelijkheid

voor de indicatiestelling van gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. In 1998 is de indicatiestelling voor de sector verpleging en verzorging onder het bereik van de RIO's gebracht. Voor de gehandicaptensector en de geestelijke gezondheidszorg zal dit in 2002 gebeuren. Voor de gehandicaptensector is het Zorgindicatiebesluit aangepast en voor de geestelijke gezondheidszorg zal dat in de loop van 2001 gebeuren. In dat kader wordt tevens gestreefd naar het opschalen van de RIO's van 85 naar ca. 60 RIO's. Tevens is het beleid erop gericht gemeenten te stimuleren de indicatiestelling voor de Wvg, wonen en welzijn door de RIO's uit te laten voeren. In 2001 – 2003 zal het stimuleringsbeleid worden voortgezet, waarbij in de voortgangsrapportages over de regio's (zie 5.3.4) zal worden aangegeven welke resultaten worden geboekt.

– *kwaliteitsverbetering*

De ondersteuning van de RIO's zal er op gericht zijn een kwaliteitsverbetering tot stand te brengen door:

- het stimuleren van verdere professionalisering door scholing, opleiding en protocollering. In het jaar 2001 zal m.b.t. de protocollering de koers gericht zijn op het koppelen en integreren van de protocollen V&V, GZ en GGZ
- het verbeteren van de automatisering en registratie en het koppelen van de registratie van de RIO's aan de AWBZ-brede zorgregistratie. Deze wordt vanaf 1 april 2002 geëffectueerd.
- het aan de hand van genoemde ketenbrede registratie genereren van beleidsinformatie over de geïndiceerde vraag. Met ingang van 1 april 2002 zal landelijk informatie beschikbaar zijn over de gestelde indicaties in het kader van de AWBZ-brede zorgregistratie.
- tevens zullen mede in het kader van de doelmatigheid en de «sturing op de toegang» in het jaar 2001 omslagpunten intra/extramuraal zorg worden ontwikkeld ondermeer t.b.v. de indicatiestelling.

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

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

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

5.3.3 Versterken van de verzekeraarsfunctie

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

- zorgen dat mensen hun AWBZ-aanspraken kunnen verzilveren
- inzicht verwerven in vraag en aanbod in de regio
- contracteren van voldoende vraaggerichte doelmatige AWBZ-zorg
- stimuleren dat afstemming plaatsvindt met aanpalende sectoren

(werken, wonen en welzijn etc.), waardoor cliëntvriendelijke uitvoering tot stand komt.

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

- *Vraaggestuurde zorgcontractering*
Met het oog op een doelmatige en kwalitatieve verantwoorde zorgcontractering is het wenselijk dat belemmeringen worden weggehaald waaronder de contracteerverplichting. Daarmee wordt concurrentie tussen zorgaanbieders bevorderd en de verzekeraarsfunctie versterkt.
- *Afspraken met ZN met betrekking tot prestaties*
De vorm en inhoud van het ondersteuningsprogramma voor de versterking van de verzekeraarsfunctie zal worden ingevuld op basis van bestuurlijke afspraken tussen VWS en Zorgverzekeraars Nederland over de te leveren prestaties, met daaraan gekoppeld de omvang van de ondersteuning vanuit VWS. Op dit moment (eind 2000) wordt met Zorgverzekeraars Nederland gesproken over de invulling van de afspraken.
Aan de hand van de te ontwikkelen ketenbarometer (zie 5.2.4) zal worden gemonitord of de resultaatsafspraken ook daadwerkelijk worden bereikt en welke aanvullende ondersteunende activiteiten eventueel nodig zijn. In de eerste rapportage aan de Tweede Kamer (april 2001) zal verslag worden gedaan van de inhoud van de afspraken. In de tweede rapportage (september 2001) zal de eerste uitslag van de ketenbarometer opgenomen worden.
- *monitoren van de regiovisie*
In het licht van een verantwoorde uitvoering van de AWBZ moet rekening worden gehouden met regionale ontwikkelingen op het terrein van niet AWBZ-gefinancierde zorgsoorten. De regiovisie speelt hierbij als afstemmingsinstrument een belangrijke rol. Naast de resultaten van de ketenbarometer zal in samenwerking met het IPO jaarlijks gerapporteerd worden aan de Tweede Kamer over de werking van de regiovisie. In de septemberrapportage aan de Tweede Kamer in 2001 zal hier voor de eerste keer aandacht aan worden besteed.
- *Incentives voor meer doelmatigheid*
Een laatste aandachtspunt betreft de ontwikkeling van een incentive-structuur voor de verzekeraarsfunctie die een doelmatige uitvoering van de AWBZ moet bevorderen. Hiertoe worden in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland en het CVZ in het jaar 2001 twee instrumenten ontwikkeld aan de hand waarvan de Tweede Kamer periodiek geïnformeerd zal worden, te weten visitatie en benchmarking. De eerste informatie hierover zal de Tweede Kamer in de tweede reguliere rapportage (september 2001) worden toegestuurd opgenomen.

5.3.4 Voortgangsrapportage

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

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

5.4 Deeltraject 3: scheppen van juridische randvoorwaarden

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

Op dit moment (eind 2000) worden in dit deeltraject de volgende activiteiten uitgevoerd.

- *flexibiliseren en functioneel omschrijven van de aanspraken*
Flexibilisering stelt zorgvragers en zorgaanbieders in staat de zorg in losse zorgonderdelen of combinaties daarvan te vragen en te leveren. Voor het indicatieorgaan is flexibiliseren van belang in verband met een indicatiestelling die zoveel mogelijk los staat van het institutionele aanbod. De aanspraken in de geestelijke gezondheidszorg zijn met ingang van 1998 geflexibiliseerd. Voor de sector verpleging en verzorging zal de flexibilisering als gevolg van de overheveling van de verzorgingshuizen naar de AWBZ met ingang van 2001 voltooid zijn. In de gehandicaptensector is de flexibilisering voor de verstandelijk gehandicapten met ingang van 1999 ingevoerd.
Als de flexibiliseringoperatie is afgerond is het eerste punt van aandacht de zorginkoop vraaggestuurd te maken. Activiteiten die daarop zijn gericht zijn het versterken van de zorginkoop door het zorgkantoor via de beleidsregels Zorg op Maat, het transparant en prestatiegericht maken van de bekostiging van instellingen, de herziening van het overeenkomstenmodel en de herziening van het toelatingsbeleid. Als de zorginkoop als gevolg hiervan vraaggestuurd is gemaakt, kan als laatste stap onder de aanspraken, de slag naar de functiegerichte omschrijving worden gemaakt. Het tijdstip is derhalve gekoppeld aan het vraaggestuurd maken van de zorgcontractering. De functiegerichte omschrijving koppelt de zorgaanspraak los van de aanbieder. Het is de bedoeling de te verzekeren zorgfuncties zoveel mogelijk ontschot tussen sectoren te omschrijven.
- *versterken zorginkoop via beleidsregels zorg op maat*
Gekoppeld aan de flexibilisering van aanspraken worden onder de WTG zogenaamde beleidsregels zorg op maat geïntroduceerd. Deze worden jaarlijks aangepast. Deze regels geven het zorgkantoor de mogelijkheid te schuiven met instellingsbudgetten. Daarmee wordt de countervailing power van de verzekeraarsfunctie versterkt. De gelden dienen zorgvernieuwend te worden ingezet en in de beleidsregels is geregeld dat patiënten/consumenten betrokken zijn bij het opstellen van criteria dienaangaande.
- *transparant en prestatiegericht maken van de instellingsbekostiging*
Tegelijk wordt in alle AWBZ-sectoren gewerkt aan het transparant en prestatiegericht maken van de bekostiging. Concreet krijgt dat in alle sectoren vorm door de zorg zoveel mogelijk te omschrijven in zorgproducten of zorgmodules. Bij de berekening van het tarief wordt daarbij rekening gehouden met de benodigde zorgzwaarte.
Het is de bedoeling de producten vergezeld te laten gaan van maximumtarieven. Ook dit versterkt de zorginkoopfunctie van het zorgkantoor.
De ontwikkeling zal plaatsvinden in de periode 2000–2003. Voor de gehandicaptenzorg zijn de producten/prijzen per 2003 gereed, voor de andere twee sectoren zal nog een nader tijdspad worden opgesteld.

– *herziening overeenkomstenmodel en geleidelijk afschaffen van de contracteerverplichting*

Bij de herziening van het overeenkomstenmodel gaat het om twee zaken: het schrappen van de UVO/modelovereenkomst en het geleidelijk opheffen van de contracteerverplichting. Het eerste is nodig om het zorgkantoor te prikkelen om beleidsrijke contracten af te sluiten met aanbieders. Het tweede is van belang om het zorgkantoor de mogelijkheid te geven te contracteren op maat van de vraag van de klant. Het opheffen van de contracteerverplichting is zowel beleidsmatig als regelgevingstechnisch een majeure operatie, waarbij behalve de AWBZ ook de WTG en de WZV (voor wat betreft het capaciteitsbeleid en de kapitaallasten) betrokken zijn. Momenteel ligt voor beide onderwerpen een aanvraag om een uitvoeringstoets bij CvZ. Het CBZ en het CTG hebben reeds een uitvoeringstoets uitgebracht. De aanvraag concentreert zich op het 2de compartiment en zal na ommekomst worden doorvertaald naar het 1ste compartiment, waarna kan worden gezien of en welke additionele maatregelen nodig zijn voor de AWBZ. Afschaffing van de contracteerverplichting is alleen realiseerbaar indien een adequaat beheersinstrumentarium en heldere producten en prijzen aanwezig zijn.

Als aan een aantal voorwaarden is voldaan (een goede uitvoering van de verzekeraarsfunctie, regelgeving met betrekking tot transparantie-eisen op te leggen aan instellingen) kan in 2003 gestart worden met de geleidelijke afschaffing van de contracteerplicht in de thuiszorg.

– *herijking van het toelatingsbeleid*

Het toelatingsbeleid zal primair worden gericht op kwaliteit in termen van zorg, bestuur en bedrijfsvoering en niet meer de capaciteit reguleren. Als gevolg hiervan zullen meer aanbieders tot de markt kunnen toetreden. Het wetsvoorstel ter vervanging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen moet hiervoor een wettelijk kader bieden. Geplande datum van inwerkingtreding is 2002. Vanaf 1 januari 2001 wordt ruimte gecreëerd om nieuwe thuiszorginstellingen mede in relatie tot het wegwerken van wachtlijsten toe te laten met inachtneming van vigerende regelgeving.

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

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

Het eigendomsbeleid van vastgoed zal worden aangepast zodat uiteindelijk zorginstellingen alleen nog dat vastgoed in eigendom hebben dat, als gevolg van de specifieke zorgvragen die er aan worden gesteld, zodanig niet-courant is dat een andere situatie dan die van eigendom tot een ondoelmatige besteding zou leiden.

– *wettelijke verankering van de regiovisie*

De regiovisie is in de gemoderniseerde AWBZ bedoeld als afstemmingsinstrument tussen AWBZ-zorg en aanpalende voorzieningen van wonen, welzijn, werken en vervoer. Het heeft het karakter van een richtinggevend kader voor de diverse actoren. De regiovisie laat de contracteerverantwoordelijkheid in de AWBZ alsook de verantwoordelijkheden van andere partijen zoals gemeenten onverlet. Het wetsvoorstel ter vervanging van de WZV, waarin de totstandkoming van regiovisies wettelijk wordt geregeld, zal naar verwachting 1 april 2001 aan de Kamer worden voorgelegd.

5.5 Deeltraject 4: koplopers

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

Er was reeds een voorlopige selectie gemaakt van de regio's die in aanmerking kunnen en willen komen voor een koploperspositie. Naar aanleiding van de motie Van Vliet van 10 maart 2000 (Tweede Kamer II, 1999–2000, 26 631, nr. 7) is voor dit deeltraject echter voorlopig pas op de plaats gemaakt.

Zodra de Tweede Kamer groen licht geeft voor de voortgang van de modernisering van de AWBZ zal op korte termijn een definitieve selectie van de koplopers gemaakt kunnen worden. Vervolgens zal er een startbijeenkomst worden gehouden met alle koplopers en zullen per koploper specifieke afspraken worden gemaakt over de ondersteuning die gewenst is vanuit dit deeltraject.

Tijdens de uitvoering van het groot project zullen de koplopers met regelmaat worden gemonitord. Inhoud en frequentie van de monitor zal per koploper verschillen. In de eerste reguliere rapportage aan de Tweede Kamer (april 2001) zal het mogelijk zijn de selectie van de koplopers te melden, alsmede de vorm en omvang van ondersteuning per koploper.

5.6 Implementatietijdpad

In navolgend overzicht is het tijdpad aangegeven van de activiteiten genoemd in paragraaf 5.2 t/m 5.5.

Implementatietijdpad groot project Modernisering AWBZ

Algemeen

- ontwikkeling model voortgangsrapportage 1e helft 2001
- eerste meting voortgangsrapportage september 2001
- ontwikkeling monitor regiovisie 1e helft 2001
- eerste meting monitor regiovisie september 2001
- ontwikkeling koplopersmonitor 1e helft 2001
- eerste meting koplopers september 2001

Deeltraject 1: persoonsgebonden bekostiging

- nota harmonisering PGB-systemen/
ontwikkeling PVB voorjaar 2001
- invoering geharmoniseerde PGB-regeling 2002
- experimenten PGB-LG en PGB-VpVh eind 2000–2001
- ontwikkeling zorgproducten/prijzen/
cliëntregistraties 2000–2003
- realisering gelijkwaardigheid PGB/natura afhankelijk van ontwikkeling beheersinstrumentarium en definitieve uitvoeringsstructuur

Deeltraject 2: versterken van de uitvoeringsstructuur

- Ondersteunen patiënten en cliëntenorganisaties
- nota patiënten/consumentenbeleid voorjaar 2001
 - bestuurlijke positionering en facilitering
regionale consumenten/patiënten najaar 2001
- Indicatiestelling
- verbreding gehandicaptenzorg 1/1/2002
 - verbreding GGZ 1/1/2002
 - stimuleringsprogramma verbreding met Wvg 2001–2002
 - koppelen registratie aan AWBZ-brede
registratie vanaf 1/4/2002
 - evaluatie ZIB medio 2001
 - koppeling protocollen 3 AWBZ-sectoren 2001
 - genereren landelijke info over indicaties vanaf 1/4/2002
- Versterken verzekeringsfunctie
- implementeren AWBZ-brede registratie 2001–2002
 - versterken regionale afweging inzet (extra)
middelen 2000–2004
 - bestuurlijke afspraken VWS-ZN over te leveren
prestaties begin 2001
 - ontwikkeling visitatiesysteem zorgkantoren 2001
 - ontwikkeling benchmarkingsysteem zorg-
kantoren 2001
 - ontwikkelen omslagpunten intra/extramuraal 2001
 - besluitvorming uitvoeringsorganisatie AWBZ 2002

Deeltraject 3: juridische randvoorwaarden

- invoering flexibilisering V&V 1/1/2001
- beleidsregels Zorg op Maat jaarlijks aanpassing
- ontwikkeling zorgproducten en tarieven i.r.t.
zorgzwaarte 2000–2003
- afschaffen UVO/modelovereenkomst 2003

– start geleidelijk afschaffen contracteerplicht (thuiszorg)	2003
– start herijking toelatingsbeleid	2002
– toets op belemmeringen in BIG en KZI	2003
– aanpassing regelgeving kwaliteit gebouwen	jaarlijks aanpassing
– start aanpassing eigendomsbeleid vastgoed	2003
– wettelijke verankering regiovisie	2002

Deeltraject 4: koplopers

– selectie koplopers	april 2001
– ondersteuningsbeleid koplopers	april 2001

6. Besturing van het project

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

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

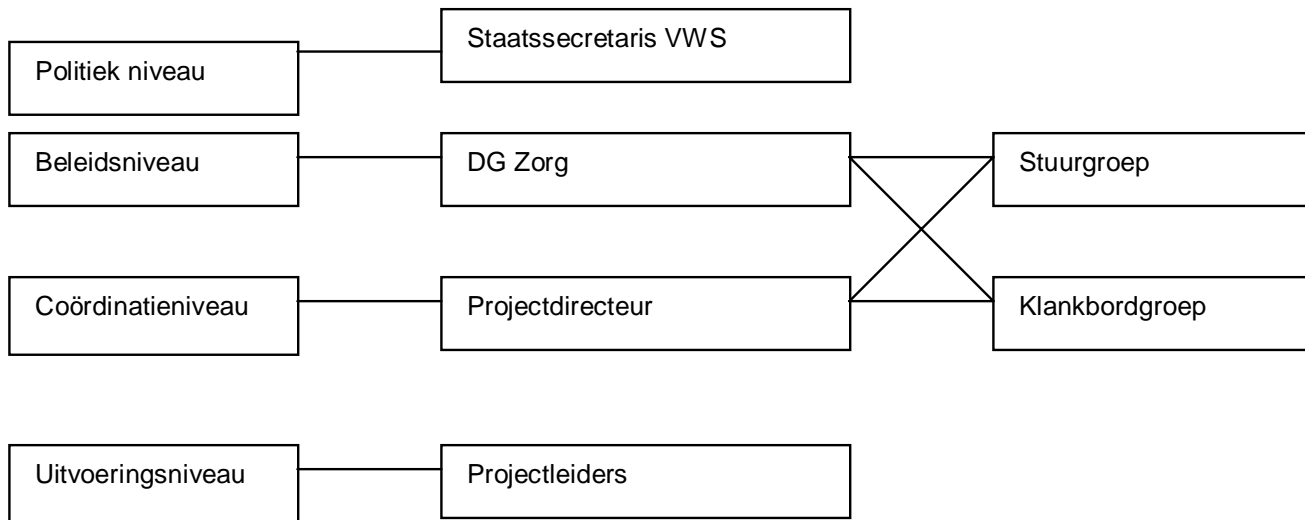
Binnen een projectorganisatie moeten afspraken gemaakt worden omtrent voortgangsbewaking, taakverdeling van het inhoudelijk werk en de uitoefening van bevoegdheden gegeven de verantwoordelijkheden. Daarnaast moten samenwerking en communicatie binnen de projectorganisatie bewaakt worden. Dit geldt in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

6.1 De organisatie van het project

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

- *politiek niveau*
De Staatssecretaris van VWS is politiek verantwoordelijk voor het groot project modernisering AWBZ.
- *beleidsniveau*
Ambtelijk opdrachtgever voor het groot project is de Directeur-Generaal Zorg. De DG Zorg zorgt ervoor dat de voorwaarden worden geschapen om het groot project goed uit te kunnen voeren. De DG Zorg is verantwoordelijk voor het behalen van de algemene doelstellingen van het groot project.
De DG Zorg zit een stuurgroep voor van directeuren van de zorg-inhoudelijke directies voor verpleging, verzorging en ouderen, gehandicaptenbeleid, geestelijke gezondheidszorg en van de directies zorgverzekeringen, financieel-economische zaken, wetgeving en juridische zaken en gezondheidsbeleid. Deze stuurgroep ziet erop toe dat lijnzaken en projectzaken in afstemming me elkaar plaatsvinden. De projectdirecteur bestuurlijke operaties is secretaris van de stuurgroep.

- *coördinatieniveau*
Als opdrachtnemer voor het groot project modernisering AWBZ fungeert de projectdirecteur bestuurlijke operaties. Deze treedt op als projectdirecteur en is verantwoordelijk voor de coördinatie tussen de verschillende deelprojecten. De projectdirecteur is tevens verantwoordelijk voor het halen van de afgesproken resultaten. Er is een klankbordgroep onder voorzitterschap van DG Zorg met als secretaris de projectdirecteur bestuurlijke operaties waarin alle belangrijke veldpartijen zijn vertegenwoordigd, waaronder patiënten/cliënten organisaties, zorgaanbieders, indicatie organen, zorgkantoren, gemeenten en provincies. Aangezien op deze veldpartijen bij de implementatie een groot beroep wordt gedaan, is het van belang voortdurend van hun draagvlak verzekerd te zijn. Voor het welslagen van het project is draagvlak bij veldpartijen cruciaal.
- *Uitvoeringsniveau*
Het groot project modernisering AWBZ bestaat uit vier deelprojecten. Elk deelproject wordt geleid door een deelprojectleider. Voor de implementatie van de AWBZ-brede zorgregistratie is gegeven het majeure karakter van deze operatie ook een deelprojectleider verantwoordelijk. De deelprojectleiders zijn verantwoordelijk voor het behalen van de voor hun deelproject beoogde doelen en afgesproken resultaten. Zij zijn tevens verantwoordelijk voor het periodiek aanleveren van informatie over de voortgang van hun deelproject. Bij elk van de deelprojecten wordt er in voorzien dat de uitvoeringsorganen en externe partijen (waaronder zowel veldpartijen als betrokken departementen) voor zover relevant bij de werkzaamheden betrokken zijn. De projectdirecteur en de projectleiders vormen samen het projectteam. Aan dit projectteam zijn een secretaris en enkele ondersteuners toegevoegd. Het projectteam is verantwoordelijk voor de operationele afstemming van de werkzaamheden van de verschillende deelprojecten. In een figuur weergegeven:



6.2 Monitoring van het project

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

- voortgangsrapportages
- monitor AWBZ-brede registratie
- monitor regiovisie.
- koplopersmonitor.
- benchmarking en visitatie.

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

- *voortgangsrapportage*
Belangrijke doelen van de modernisering van de AWBZ zijn het bereiken van vraagsturing en het versterken van de uitvoeringsstructuur voor een doelmatige uitvoering van de AWBZ. Halfjaarlijks zal gemeten worden of er vooruitgang is geboekt ten opzichte van de huidige situatie. Hiertoe zal volgend jaar eerst een nulmeting worden gehouden. De resultaten daarvan worden verwerkt in de septemberrapportage groot project in 2001.
- *monitor regiovisie*
In samenwerking met het IPO zal jaarlijks de werking van de regiovisie als afstemmingsinstrument worden gemonitord. De resultaten krijgen een plaats in de septemberrapportage groot project (vanaf september 2001).
- *koplopersmonitor*
Inhoud en frequentie van de monitor zullen per koploper verschillen. De Tweede Kamer zal middels de reguliere rapportages groot project halfjaarlijks (april en september) worden geïnformeerd over de resultaten van de monitor per koploper. De eerste gegevens zullen aan de Kamer worden aangeboden bij de rapportage groot project in september 2001.
- *benchmarking en visitatie*
Bij deze vorm van monitoring staat de vergelijking tussen organisaties op kwaliteit en doelmatigheid centraal. Visitatie zullen door betrokken instellingen zelf geïnitieerd moeten worden. Vanuit het groot project kan ondersteuning worden geboden. Op dit moment is overleg met CVZ en Zorgverzekeraars Nederland gaande voor de opzet van een benchmark- en visitatiesysteem. Bij benchmarking is er een belangrijke rol weggelegd voor het CVZ als bestuurlijk verantwoordelijke voor het functioneren van de uitvoeringsstructuur.

6.3 Rapportageplanner

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

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

Rapportageplanner	2001		2002		2003		2004	
	A	S	A	S	A	S	A	S
Tweede Kamer								
Deeltraject 1: Persoonsgebonden bekostiging								
Harmonisering PGB	X	X	X	X				
Uitbreiding PGB/ ontwikkeling PVB	X	X	X	X	X	X	X	X
Ontwikkeling zorgproducten	X	X	X	X	X	X		
Deeltraject 2: Versterken van de uitvoeringsstructuur								
Resultaten voortgangsrapportage regio's			X	X	X	X	X	X
Resultaten monitor regiovisie		X		X		X		X
Verbreding indicatiestelling		X		X		X		
Protocollering indicatiestelling	X	X						
Versterken regionale afweging inzet extra middelen		X		X		X		X
Convenant VWS – ZN	X							
Visitatie/benchmarking		X		X				
Omslagpunten intra- extramuraal			X					
Besluitvorming uitvoeringsstatuten					X			
Deeltraject 3: Juridische randvoorwaarden								
Voortgang trajecten § 5.4	X	X	X	X	X	X	X	X
Deeltraject 4: Koplopers								
Selectie Koplopers	X							
Resultaten Koplopersmonitor		X	X	X	X	X	X	X

A: April, S: September

7. Begroting

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

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

De begroting is samengesteld uit 4 rubrieken:

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

Projectbegroting voor het Groot Project Modernisering AWBZ

Projectkosten	2000	2001	2002	2003	2004
Algemene personele projectkosten					
1. Personeels- en organisatiekosten					
Personeelslasten	f 1 525 000,00	f 1 905 000,00	f 1 905 000,00	f 1 905 000,00	f 1 905 000,00
2. Deelproject persoonsgebonden bekostiging					
Persoonsgebonden bekostiging, landelijke activiteiten	f 0,00	f 300 000,00	f 300 000,00	f 300 000,00	f 300 000,00
Subtotaal persoonsgebonden bekostiging, landelijke akt.		f 300 000,00	f 300 000,00	f 300 000,00	f 300 000,00
3. Deelproject versterken uitvoeringsstructuur					
Ondersteuningsprogramma indicatiestelling (som)	f 1 785 000,00	f 1 714 841,00	f 1 725 000,00	f 1 725 000,00	f 1 725 000,00
Kwaliteitsproject indicatiestelling VWS/VNG/LVIO	f 35 000 000,00	f 20 000 000,00			
Registratieproject Zorgkantoren	f 31 000 000,00	f 25 000 000,00			
Subtotaal deelproject versterken uitvoeringsstructuur	f 67 785 000,00	f 46 714 841,00	f 1 725 000,00	f 1 725 000,00	f 1 725 000,00
4. Deelproject koplopers					
Subtotaal deelproject koplopers	f 0,00	f 1 000 000,00	f 1 100 000,00	f 1 100 000,00	f 1 100 000,00
5. Algemene projectkosten					
Subtotaal algemene projectkosten	f 140 000,00	f 150 000,00	f 150 000,00	f 150 000,00	f 150 000,00
Totaalprojectbegroting	f 69 450 000,00	f 50 069 841,00	f 5 180 000,00	f 5 180 000,00	f 5 180 000,00