

Vergaderjaar 2000–2001

**27 810**

## De rol van het zorgkantoor

**Nr. 2**

### RAPPORT

#### Inhoud

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>	4.5	Aanvullend onderzoek	18
			4.6	Overige ontwikkelingen	19
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>9</b>	4.7	Samenvattende conclusies	19
			4.7.1	Zorginkoop	19
<b>2</b>	<b>Modernisering AWBZ</b>	<b>10</b>	4.7.2	Overeenkomsten tussen zorgkantoren en zorgaanbieders	19
2.1	Inleiding	10	4.7.3	Wachtlijstbeheer	20
2.2	Regionale Indicatie Organen	10	4.7.4	Aanvullend onderzoek	20
2.3	Zorgkantoren	11			
2.4	Zorgaanbieders	11			
2.5	Overige actoren	11			
<b>3</b>	<b>Onderzoek door de Rekenkamer</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>Nieuwe ontwikkelingen en kansen</b>	<b>21</b>
3.1	Algemeen	12	5.1	Inleiding	21
3.2	Probleemstelling en onderzoeksvragen	12	5.2	De ontwikkeling van het nieuwe registratie-systeem	21
3.3	Aanpak	12	5.3	Convenant	22
3.4	Normatiek	12	5.4	Samenvattende conclusies	22
3.4.1	Inleiding	13	<b>6</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>23</b>
3.4.2	Zorginkoop	13	6.1	Conclusies	23
3.4.3	Overeenkomsten tussen zorgkantoren en zorgaanbieders	13	6.1.1	Zorginkoop	23
3.4.4	Wachtlijstbeheer	14	6.1.2	Overeenkomsten tussen zorgkantoren en zorgaanbieders	23
			6.1.3	Wachtlijstbeheer	23
			6.2	Aanbevelingen	24
<b>4</b>	<b>Beschikbare informatie</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>Reacties en nawoord Rekenkamer</b>	<b>25</b>
4.1	Inleiding	15	7.1	Reactie staatssecretaris van VWS	25
4.2	Zorginkoop	15	7.2	Reactie CTZ	26
4.3	Contractbeheer	15	7.3	Reactie CVZ	27
4.4	Wachtlijstbeheer	16	7.4	Nawoord Algemene Rekenkamer	27
4.4.1	Inleiding	16			
4.4.2	Registratie wachtenden	17			
4.4.3	Organisatie en protocollen	17			



## SAMENVATTING

De Rekenkamer heeft in de periode juni 2000 tot en met februari 2001 onderzoek gedaan naar de uitvoering van taken door de zorgkantoren als uitvoerende organen in het kader van de modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In de beoogde gemoderniseerde AWBZ is als uitgangspunt genomen dat de cliënt met zijn of haar zorgvraag centraal staat en dat zorg op maat geleverd moet worden. De zorgvraag wordt – objectief en onafhankelijk – vastgesteld door de daartoe ingestelde Regionale Indicatie Organen (RIO) en vastgelegd in een Zorgindicatiebesluit<sup>1</sup>.

De modernisering van de AWBZ gaat uit van een regionale ordening, waarbij de formele taken van de uitvoeringsorganen (zorgverzekeraars) voor alle in een bepaalde regio wonende verzekerden zijn gemandateerd aan het voor die regio aangewezen zorgkantoor. Nederland is daartoe onderverdeeld in 31 regio's, waarbinnen telkens één zorgkantoor actief is.

De Rekenkamer heeft bij acht van de 31 zorgkantoren onderzoek verricht naar de stand van de ontwikkelingen van het genoemde moderniseringsproces. Het onderzoek heeft zich beperkt tot de onderdelen verpleging en verzorging van ouderen en thuiszorg. Deze keuze is gemaakt omdat voor deze sectoren het Zorgindicatiebesluit reeds enige tijd in werking is. De modernisering van de AWBZ is nog niet afgerond. De wijze waarop de zorgkantoren ten tijde van het onderzoek functioneerden is dan ook bezien in het licht van dit ontwikkelingstraject.

### *Zorginkoop*

Op grond van het verrichte onderzoek heeft de Rekenkamer geconcludeerd dat bij de zorginkoop door zorgkantoren nog niet wordt uitgegaan van de regionale zorgvraag, maar van het beschikbare aanbod. Er werden door de zorgkantoren (nog) geen activiteiten ontplooid om gegevens te verzamelen van de vraag op regionaal niveau ten behoeve van de zorginkoop.

### *Overeenkomsten tussen zorgkantoren en zorgaanbieders*

De Rekenkamer constateerde dat er geen afspraken worden gemaakt over de controle op de naleving van alle punten van in de, tussen zorgkantoren en zorgaanbieder, gesloten overeenkomsten. Daarbij moet gedacht worden aan aspecten als productiviteit, kwaliteit en doelmatigheid. De zorgkantoren toetsen eveneens niet of aan de zorgverlening een geldige indicatie ten grondslag ligt en of de zorg overeenkomstig de gestelde indicatie wordt uitgevoerd.

Het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) betreft het aspect van de toets op de naleving van de gestelde indicatie vooralsnog niet bij haar oordeel over de aanvaardbaarheid van de kosten voor de AWBZ. Dit betekent volgens de Rekenkamer dat niet vastgesteld kan worden dat de f 18 miljard (€ 8,2 miljard) aan uitgaven voor de verpleeg- en verzorgingshuiszorg en de thuiszorg rechtmatig zijn. De Rekenkamer stelt hiermee vast dat bij de AWBZ nog geen sprake is van een gesloten toezichtsketen. De huidige AWBZ kent volgens de Rekenkamer geen belemmeringen om een afdoende toezicht- en controlebeleid te voeren. Zorgkantoren hebben te kennen gegeven de conclusie te delen en plannen te ontwikkelen voor de opzet en inrichting van een adequate controleaanpak.

---

<sup>1</sup> Zie hiervoor het door de Rekenkamer op 15 juni 2000 gepubliceerde onderzoek «Planning en indicatie AWBZ-voorzieningen».

### *WachtlIJstbeheer*

Zorgkantoren beschikken nog over onvoldoende informatie over zowel de zorgvraag als het beschikbare zorgaanbod om een toereikend wachtlijstbeheer te kunnen voeren.

Zorgverleners zelf bleken slechts gedeeltelijk in staat te zijn om, op basis van aangeleverde indicaties, de informatie over de daadwerkelijk geleverde zorg te verstrekken.

Voor de verbetering van de voor het wachtlijstbeheer noodzakelijke informatievoorziening hebben alle zorgkantoren die in het onderzoek betrokken waren wel plannen ingediend bij de taskforce «aanpak wachtlijsten». Op basis hiervan wordt door het Ministerie van VWS gewerkt aan een AWBZ-brede zorgregistratie. Het commitment van alle actoren is vastgelegd in een op 31 maart 2001 gesloten convenant tussen VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Deze registratie kan volgens de Rekenkamer een goede basis bieden voor de ontwikkeling van de noodzakelijk geachte (beleids-)informatie. Hiermee zou aan een belangrijke voorwaarde zijn voldaan, die het zorgkantoor de mogelijkheid biedt om haar taak als onafhankelijk zorgtoewijzer vorm te geven.

Uit het onderzoek kwam ook naar voren dat de gestelde indicaties nog niet altijd volledig en op uniforme wijze waren vastgesteld.

### *Aanbevelingen*

Naar het oordeel van de Rekenkamer is haast geboden bij het formuleren van een protocol, op basis waarvan zorgkantoren de zorgverlening kunnen toetsen aan de wettelijke vereisten: de zorg dient verleend te worden op basis van en conform een geldige indicatie. Het CTZ dient ook dit punt te betrekken bij het toezicht op de uitvoering van de AWBZ.

De mogelijkheden die de AWBZ biedt om de kwaliteit, rechtmatigheid en doelmatigheid van de verleende zorg te handhaven dan wel te bevorderen, worden nog te weinig benut. Een belangrijk sturingsinstrument in dit verband zijn de door de zorgkantoren met zorgaanbieders af te sluiten overeenkomsten. De Rekenkamer beveelt daarom aan dat zorgkantoren in deze overeenkomsten concrete en controleerbare afspraken maken, zodat duidelijk is wanneer, op welke wijze en waarover de zorgaanbieder zich dient te verantwoorden.

De Rekenkamer beveelt aan om de plannen die de minister ten aanzien van een AWBZ-brede zorgregistratie heeft ontwikkeld conform het gestelde tijdpad te realiseren. Met een goede gegevensregistratie als basis kan dan verder gewerkt worden aan de beleids- en verantwoordingsinformatie die nodig is voor een toereikende uitvoering van de (gemoderniseerde) AWBZ. De betrokkenheid van de zorgaanbieders en RIO's is hierbij dringend gewenst, met name om te komen tot een eenduidige en op uniforme wijze aan te leveren gegevensregistratie. In dit verband wijst de Rekenkamer nogmaals op het belang van het op uniforme wijze vaststellen van de indicaties<sup>2</sup>. De Rekenkamer zal met belangstelling de vorderingen volgen.

De Rekenkamer beveelt de zorgkantoren aan alvast verder vorm te (laten) geven aan een organisatie die de daadwerkelijke actieve en onafhankelijke zorgtoewijzing en het daarmee verbonden wachtlijstbeheer ter hand kan nemen.

---

<sup>2</sup> Zie ook de aanbevelingen van de Rekenkamer in het bij voetnoot 1 genoemde onderzoek naar de RIO's.

### **Reactie staatssecretaris van VWS**

Bij brief van 30 mei 2001 reageerde de staatssecretaris van VWS op de bevindingen van de Rekenkamer. Zij gaf aan met waardering kennis genomen te hebben van het rapport. De staatssecretaris geeft aan zich in grote lijnen in de analyse van de Rekenkamer te kunnen vinden, zij het dat her en der bij lezing de indruk zou kunnen ontstaan dat de zorgkantoren reeds beoordeeld worden op de eisen waaraan zij moeten gaan voldoen, maar waarvoor in formele zin geen parlementair fiat was gegeven in de periode waarover het onderzoek zich uitstrekt.

De staatssecretaris geeft in haar reactie aan dat het moderniseringstraject AWBZ nu versneld tot stand komt. De vastlegging van taken en verantwoordelijkheden draagt bij tot duidelijkheid over de uitvoering van de AWBZ voor alle betrokken actoren.

Aan de verhouding tussen indicatie, afgegeven door het onafhankelijke indicatieorgaan enerzijds en de zorgverlening aan de geïndiceerde anderzijds en meer in het bijzonder de rol die het zorgkantoor daarbij vervult, zal zij nog concrete invulling geven.

De staatssecretaris deelt niet de conclusie van de Rekenkamer, dat de onderzochte zorgkantoren nog geen activiteiten ontplooiën om ten behoeve van de vraaganalyse gegevens te verzamelen op regionaal niveau.

De staatssecretaris vestigt in haar reactie tot slot nog de aandacht op het toezicht op de uitvoering van de AWBZ. Zij is het niet eens met de visie van de Rekenkamer dat thans geen sprake is van een gesloten toezichtsketen en verwijst daarbij naar de reactie van de minister op het rapport «Modernisering verantwoording en toezicht Ziekenfondswet».

### **Reactie CTZ**

Het CTZ wijst in zijn reactie op het feit dat de modernisering nog in volle gang is en dat de taken en bevoegdheden ten tijde van het onderzoek nog niet waren uitgekristalliseerd.

Ook de door de Rekenkamer gehanteerde normenset zou deels vooruitlopen op de toekomstige situatie.

Het CTZ constateert verder dat de Rekenkamer vergaande conclusies met betrekking tot de rechtmatigheid verbindt aan het feit dat de zorgkantoren niet toetsen of aan de zorgverlening een geldige indicatie ten grondslag ligt en of de zorg overeenkomstig de indicatie wordt uitgevoerd.

Tot slot wijst het CTZ nog op het verschil tussen geïndiceerde zorg en verleende zorg. Volgens het CTZ leiden niet alle indicaties tot daadwerkelijke zorgverlening. Het CTZ verwerpt de conclusies omtrent de onzekerheid van de rechtmatigheid van de kosten.

### **Reactie CVZ**

Het CVZ spreekt allereerst haar waardering uit voor de duidelijkheid over de tekortkomingen in het functioneren van de zorgkantoren die de Rekenkamer in haar conclusies heeft weergegeven. Wel geeft het CVZ daarbij aan dat het wellicht verhelderend zou zijn geweest indien de Rekenkamer als mogelijke verklaring voor de tekortkomingen gewezen had op de problemen die bestaan in de beleving van de verantwoordelijkheden van de verschillende actoren.

Het CVZ constateert vervolgens dat de Rekenkamer aandacht heeft besteed aan het op 13 maart 2001 gesloten convenant tussen partijen over het verdere ontwikkelingstraject van de zorgkantoren. Het CVZ vestigt in dat verband de aandacht op de bijdragen, waar nodig in afstemming met het CTZ, die het College voornemens is te verrichten aan het opbouwen van een bedrijfsorganisatie bij de zorgkantoren die zodanig is dat de zorgkantoren in staat zijn de zorgvraag en de geleverde zorgprestaties op individueel verzekerdeniveau in beeld te hebben.

### **Nawoord Algemene Rekenkamer**

Uit de reacties blijken diverse verklaringen voor de geconstateerde tekortkomingen: het moderniseringstraject is nog in opbouw, nog niet alle betrokkenen beleven hun (nieuwe) verantwoordelijkheden hetzelfde. De Rekenkamer heeft daar begrip voor, maar de gegeven redenen onderstrepen in haar ogen temeer de urgentie voor het scheppen van helderheid over de te onderscheiden taken en verantwoordelijkheden van alle betrokken actoren. Zij spoort de staatssecretaris dan ook aan, haast te maken met de uitvoering van haar aangekondigde voornemen concrete invulling te geven aan de verhouding tussen indicatie, afgegeven door het onafhankelijk indicatieorgaan enerzijds en de zorgverlening aan de geïndiceerde anderzijds, en meer in het bijzonder aan de rol die het zorgkantoor daarbij vervult.

Het CTZ geeft in zijn reactie aan dat er onderscheid gemaakt dient te worden tussen de geïndiceerde zorg en daadwerkelijk geleverde zorg. Het CTZ lijkt daarmee te willen zeggen, dat het nog maar de vraag is of die geïndiceerde zorg als uitgangspunt genomen dient te worden, omdat er veel kan gebeuren dat afwijking van de indicatie noodzakelijk maakt. Het CTZ verwerpt om die reden de conclusie omtrent de onzekerheid over de rechtmatigheid van de uitgaven voor de verleende AWBZ-zorg. De Rekenkamer gaat er echter van uit dat in beginsel de geïndiceerde zorg geleverd dient te worden. De Rekenkamer blijft van mening dat sprake is van onzekerheid omtrent de rechtmatigheid als niet bekend is c.q. gecontroleerd wordt of de zorg conform een geldige indicatie is verleend. Er is derhalve sprake van een gebrekkige toezichtsketen.

De Rekenkamer zal met belangstelling het geschetste opbouwtraject van de bedrijfsorganisatie van de zorgkantoren en de rol van het CVZ daarbij blijven volgen, te meer daar een dergelijke opbouw een noodzakelijke voorwaarde voor wachtlijstbeheer vormt.

## 1 INLEIDING

De Rekenkamer heeft in de periode juni 2000 tot en met februari 2001 onderzoek gedaan naar de uitvoering van taken door de zorgkantoren als uitvoerende organen in het kader van de modernisering van de AWBZ.

De modernisering van de AWBZ gaat uit van een regionale ordening, waarbij de formele taken van de uitvoeringsorganen voor alle in een bepaalde regio wonende verzekerden zijn gemandateerd aan het voor die regio aangewezen zorgkantoor. Nederland is daartoe onderverdeeld in 31 regio's, waarbinnen telkens één zorgkantoor actief is.

De Rekenkamer heeft bij acht van de 31 zorgkantoren onderzoek verricht naar de stand van de ontwikkelingen van het genoemde moderniseringsproces. Daartoe zijn bij deze zorgkantoren gesprekken gevoerd en is eveneens de uitvoeringspraktijk getoetst. Dit onderzoek heeft zich beperkt tot de onderdelen verpleging en verzorging van ouderen en thuiszorg. Deze keuze is gemaakt omdat voor deze sectoren het Zorgindicatiebesluit reeds enige tijd in werking is. De vernieuwde aanpak bij de verpleging en verzorging van ouderen en de thuiszorg vormen dus de basis voor een moderne uitvoering van de AWBZ. In deze sectoren wordt circa f 18 miljard (€ 8,2 miljard) per jaar uitgegeven.

De modernisering van de AWBZ is nog niet afgerond. De wijze waarop zorgkantoren thans functioneren zal worden gezien in het licht van dit ontwikkelingstraject. Uitdrukkelijk is ook het perspectief op de korte en middellange termijn bij het onderzoek betrokken.

In hoofdstuk 2 wordt de modernisering van de AWBZ nader toegelicht. In hoofdstuk 3 wordt de aanpak van het onderzoek van de Rekenkamer gepresenteerd. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de resultaten van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 5 komen nieuwe ontwikkelingen in het moderniseringstraject aan bod en hoofdstuk 6 sluit het rapport af met conclusies en aanbevelingen. In hoofdstuk 7 wordt een overzicht gegeven van de reacties van de staatssecretaris van VWS, van het CTZ en van het CVZ. In het nawoord geeft de Rekenkamer hierop vervolgens haar visie.

## 2 MODERNISERING AWBZ

### 2.1 Inleiding

In 1996 is het Project Modernisering Ouderenzorg van start gegaan. Met dit project werd door het Ministerie van VWS beoogd een betere afstemming tussen de verschillende voorzieningen voor de ouderenzorg tot stand te brengen. In 1998 is dit project opgegaan in de Modernisering AWBZ. Het project Modernisering AWBZ is gebaseerd op een gewijzigde benadering van de zorgverlening. Als uitgangspunt is hierbij genomen dat de cliënt met zijn of haar zorgvraag centraal staat en dat zorg op maat geleverd moet worden. Dit betekent ten opzichte van het oude systeem dat er een omslag moest plaatsvinden van aanbod- naar vraagsturing in de AWBZ. Een dergelijk groot en complex traject als de modernisering van de AWBZ bergt noodzakelijkerwijs momenten van (her)bezinning in zich. De zorgkantoren en het departement hebben als gevolg daarvan geopereerd in een omgeving waarin van tijd tot tijd pas op de plaats gemaakt moest worden totdat duidelijkheid kwam over noodzakelijke randvoorwaarden als de status van de zorgkantoren en de financiering van het opzetten en inrichten van basisregistraties van vraag en aanbod.

De uitwerking van het moderniseringsproject vond plaats door, op regionaal niveau, het gehele traject tussen hulpvraag en zorgverlening vorm te geven in een zogenoemde zorgketen. Als uitgangspunt werden daarbij de versterking van de positie van de cliënt en de «éénloketgedachte» gehanteerd.

De zorgketen bestaat uit drie schakels, waarin steeds een actor domineert, te weten de:

- Regionale Indicatie Organen (RIO's); deze organen zijn belast met de objectieve, onafhankelijke en integrale vaststelling van de zorgbehoefte;
- Zorgkantoren; deze zijn belast met de zorginkoop op basis van de zorgvraag binnen hun regio, het contractbeheer en de zorgbemiddeling inclusief wachtlijstbeheer;
- Zorgaanbieders, die de geïndiceerde zorg verlenen.

### 2.2 Regionale Indicatie Organen

Ten behoeve van de onafhankelijke indicatiestelling is in 1998 een nieuw orgaan in het leven geroepen: het RIO. Het RIO dient onafhankelijk, objectief en integraal vast te stellen van welke lichamelijke of geestelijke beperkingen bij de cliënt sprake is en welke zorg daarom geïndiceerd is. Door de Rekenkamer is in juni 2000 een rapport gepubliceerd over de organisatie van de indicatiestelling en de oprichting van RIO's<sup>3</sup>. De belangrijkste conclusies uit het onderzoek waren dat:

- er sinds medio 1999 een landelijk dekkend net van RIO's tot stand was gekomen;
- de RIO's voortvarend werkten aan de uitvoering van de wettelijk opgedragen taken;
- in de praktijk (nog) geen gebruik werd gemaakt van informatie die kon leiden tot een vraaggestuurde planning van zorgvoorzieningen, alhoewel daarvoor volgens de Rekenkamer geen enkele belemmering bestond;
- de onaantastbaarheid van het indicatiebesluit nog niet geheel was afgedekt.

---

<sup>3</sup> Planning en indicatie AWBZ-voorzieningen; TK, 1999-2000, 27 180, nrs. 1-2.



### **2.3 Zorgkantoren**

Formeel zijn de uitvoeringsorganen AWBZ (i.e. de zorgverzekeraars) verantwoordelijk voor deze schakel. Deze hebben hun taak gemandateerd aan de zorgkantoren. De kern van de modernisering komt er voor de zorgkantoren op neer dat ze zich voor de uitvoering van de gemoderniseerde AWBZ ontwikkelen van (passief, administrerend) verbindingskantoor tot (regionaal actief, vraag en aanbod afstemmend, doelmatigheid en kwaliteit bevorderend) zorgkantoor.

De zorgkantoren vervullen in hun functie als uitvoerend orgaan AWBZ een belangrijke rol. De taak van de zorgkantoren is af te leiden uit de AWBZ (zie met name artt. 6, 16 (het daarop gegronde Administratiebesluit bijzondere ziektekostenverzekering, en op de mandaten en volmachten van de uitvoeringsorganen), 42 en 43 AWBZ). Zij dienen zorg te dragen voor het tot gelding kunnen brengen van een aanspraak op zorg door verzekerden. Voor een deel zijn de taken ook af te leiden uit de rationale van de modernisering van de AWBZ.

Samenvattend wordt onder de wettelijke taken van de zorgkantoren verstaan het verkrijgen van inzicht in de regionale zorgbehoefte, de inkoop van zorg, het verkrijgen van zekerheid over de juiste uitvoering van de overeenkomsten, waaronder uitdrukkelijk begrepen de uitvoering van de indicatiebesluiten, en de organisatie van het wachtlijstbeheer zodanig, dat een onafhankelijke zorgtoewijzing kan plaatsvinden.

### **2.4 Zorgaanbieders**

In deze schakel van de zorgketen wordt de geïndiceerde hulp daadwerkelijk verleend door zorgaanbieders. De zorg dient verleend te worden conform de wettelijk voorschriften en met inachtneming van de in de overeenkomst vastgelegde afspraken. Voor de zorgaanbieders geldt dat zij zich op heldere wijze over de geleverde prestaties verantwoorden. Voor de zorgkantoren geldt dat zij, als contractant, zich ervan vergewissen dat de afspraken worden nagekomen.

### **2.5 Overige actoren**

Het CVZ is belast met de aansturing en de coördinatie van de uitvoering van de AWBZ. Eén van de instrumenten die het CVZ daartoe heeft is het vaststellen van beleidsregels. Het CTZ<sup>4</sup> dient als toezichthouder toe te zien op de wijze waarop de zorgkantoren de AWBZ uitvoeren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is belast met het toezicht op de zorgaanbieders.

---

<sup>4</sup> Vanaf 1 april 2001 is de voormalige CTU in het kader van de modernisering van het toezicht omgevormd en verzelfstandigd onder de naam College toezicht zorgverzekeringen (CTZ).

### **3 ONDERZOEK DOOR DE REKENKAMER**

#### **3.1 Algemeen**

Het onderzoek naar de zorgkantoren beperkt zich tot de in paragraaf 2.3 genoemde wettelijke taken die naar het oordeel van de Rekenkamer altijd uitgevoerd dienen te worden door de daarvoor aangewezen organen (de uitvoeringsorganen AWBZ, die deze taken op hun beurt weer hebben gemandateerd aan de zorgkantoren), wat de stand van het moderniseringsproces ook mag zijn.

#### **3.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen**

De probleemstelling luidt:

*Waar staan de daartoe gemandateerde uitvoerende organen AWBZ in hun ontwikkeling van verbindingkantoor tot zorgkantoor en welke gevolgen heeft dat voor de uitvoering van de opgedragen taak?*

Daaraan zijn de volgende onderzoeksvragen ontleend:

1. Is sprake van een toereikende zorginkoop?
2. Is sprake van een toereikend contractbeheer? Is door de zorgkantoren toegezien op de naleving van de overeenkomsten met de zorgaanbieders?
3. Is sprake van een toereikend wachtlijstbeheer?

#### **3.3 Aanpak**

Ten behoeve van dit onderzoek heeft de Rekenkamer met acht (van de 31) zorgkantoren gesprekken gevoerd. In deze gesprekken zijn de volgende onderwerpen over de uitvoeringspraktijk aan de orde gekomen:

1. de informatie die ten grondslag ligt aan beslissingen ten aanzien van de inkoop van zorg;
2. de activiteiten die het zorgkantoor onderneemt om tot een toereikende afstemming van vraag en aanbod te komen;
3. de activiteiten die zijn ondernomen om de naleving van de afspraken met zorgaanbieders vast te stellen;

Voor wat betreft de nabije toekomst is nagegaan of er bij het zorgkantoor concrete plannen bestaan om zich te ontwikkelen van (passief) verbindingkantoor tot (actief opererend) zorgkantoor.

Voorts is dossieronderzoek verricht. Zoveel mogelijk is gebruik gemaakt van schriftelijke bronnen.

Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met de ambtelijk verantwoordelijke personen bij het Ministerie van VWS, bij het College voor Zorgverzekeringen, de Commissie Toezicht Zorgverzekeringen en het Centraal Administratiekantoor.

Tot slot is een aantal RIO's verzocht indicaties aan te leveren. Via de acht bij het onderzoek betrokken zorgkantoren is getracht inzicht te krijgen in de realisatie van de geïndiceerde zorg. Het betreft hier (zoveel mogelijk) indicaties die in januari–februari 2000 zijn gesteld. De zorgkantoren is verzocht op basis van de eigen administratie dan wel op basis van de administratie van zorgaanbieders gegevens te verzamelen en aan te

leveren volgens een daartoe opgesteld schema. Op grond van deze gegevens heeft de Rekenkamer getracht de realisatie van de indicaties tot november 2000 in beeld te brengen.

### **3.4 Normatiek**

#### *3.4.1 Inleiding*

De Rekenkamer heeft bij haar onderzoek naar de drie basistaken van de zorgkantoren – de zorginkoop, het contractbeheer en het wachtlijstbeheer – een normenset gehanteerd die voorafgaand aan het onderzoek is besproken met het Ministerie van VWS, CVZ, CTZ, ZN en de zorgkantoren.

#### *3.4.2 Zorginkoop*

Voor een op de vraag toegesneden zorg dient het zorgkantoor contracten af te sluiten met zorgaanbieders. Daartoe dient het zorgkantoor:

- te beschikken over volledige en betrouwbare informatie op regionaal niveau met betrekking tot de zorgvraag; in de praktijk komt dit neer op informatie over de geïndiceerde zorgproducten als (intramurale of extramurale) verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg, algemene dagelijkse levensbehoeften, huishoudelijke dagelijkse levensbehoeften of zorg van verpleegkundige aard;
- te beschikken over volledige en betrouwbare informatie met betrekking tot het in de regio beschikbare aanbod aan zorgaanbieders en hun zorgproducten;
- periodiek in een beleidsvisie en een jaarplan vast te stellen wat de strategische en operationele uitgangspunten zullen zijn bij het contracteren van zorgaanbieders;
- overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders; uitgangspunt daarbij is dat de ingekochte zorg kan voldoen aan de vraag. In het geval van een tekort aan zorgaanbod geeft het zorgkantoor aan op welke wijze het de gerezen problemen wil oplossen.

#### *3.4.3 Overeenkomsten tussen zorgkantoren en zorgaanbieders*

Voor de overeenkomsten wordt gebruik gemaakt van de zogenoemde uitkomsten van overleg (uvo). Het CVZ toetst op hoofdlijnen de inhoud van de overeenkomst. Art. 43 AWBZ schrijft voor dat de overeenkomsten onder meer dienen te bevatten bepalingen betreffende:

- de aard en omvang van de wederzijdse rechten en verplichtingen;
- voorwaarden van administratieve aard;
- controle op de naleving van de overeenkomst;
- het verstrekken van gegevens.

Samen met de uitkomsten van overleg komt het er op neer dat zorgkantoren moeten (kunnen) controleren of AWBZ-middelen ten goede zijn gekomen van kwalitatief goede en doelmatige zorg. Dat houdt in dat ze moeten kunnen beschikken over informatie op basis waarvan inzicht kan worden verkregen in de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg. Dit betekent ook dat zorgaanbieders op hun beurt deze gegevens dienen te registreren en beschikbaar moeten stellen aan de zorgkantoren.

De overeenkomsten dienen eveneens bepalingen te bevatten over de wijze waarop gecontroleerd wordt dat de zorg rechtmatig is verstrekt. Het moet duidelijk zijn dat zorgaanbieders alleen AWBZ-zorg kunnen verlenen aan degenen die daartoe gerechtigd zijn (c.q. behoren tot de «kring der

verzekerden») en dat de zorg alleen op basis van en conform een geldige indicatie verleend mag worden.

#### *3.4.4 Wachtlijstbeheer*

Voor het voeren van een adequaat wachtlijstbeheer dient het zorgkantoor:

- te beschikken over de op individueel niveau voor de zorgvraag relevante informatie (de indicatie);
- op individueel niveau te beschikken over informatie ten aanzien van de uitvoering van de indicatie;
- te beschikken over relevante informatie met betrekking tot verzekerden, die nog niet in zorg zijn genomen, i.e. de wachtlijst; daaronder wordt verstaan informatie over de eventueel verleende overbruggingszorg en over indicatiegegevens als urgentie, zorgtype of zorgproduct, deskundigheidsniveau van de zorgverlener en de wens van de zorgvrager zelf;
- vorm te geven aan een organisatie die verantwoordelijk is voor zorgtoewijzing in het geval verzekerden op de wachtlijst staan; deze organisatie dient tevens te beschikken over een prioriteringsprotocol. De rol van alle partijen (RIO's, zorgverzekeraar, zorgkantoor en zorgaanbieders) dient duidelijk te zijn.

## **4 BESCHIKBARE INFORMATIE**

### **4.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op de bevindingen met betrekking tot de zorginkoop, het contractbeheer en het wachtlijstbeheer. Bovendien wordt verslag gedaan van een aanvullend onderzoek van de Rekenkamer. De bevindingen worden tot slot gerelateerd aan de daarop van toepassing geachte normatiek.

### **4.2 Zorginkoop**

Zorgkantoren dienen te beschikken over volledige en betrouwbare informatie over de zorgvraag. Dat houdt in dat voor dit doel tenminste bekend moet zijn wat het volume van de gevraagde zorg per zorgtype in de regio in enige periode zal zijn. Naast de jaarlijkse thans nog gehanteerde budgetteringscyclus, waar thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen en verpleeghuizen veelal mee te maken hebben, zal tenminste jaarlijks vast moeten worden gesteld hoeveel zorg van welke type ingekocht dient te worden. Daarvoor zijn gegevens over de indicaties het meest aangewezen. De indicaties dienen immers (objectief en onafhankelijk) te vermelden welke zorg de verzekerde nodig heeft, op welke termijn (urgentie), welk deskundigheidsniveau de zorgverlener dient te hebben, hoeveel uur de zorg gemiddeld in beslag neemt en hoelang de zorgperiode zal duren (geldigheid indicatie). Bij de vraaganalyse zullen eveneens de demografische ontwikkelingen moeten worden betrokken.

Gebleken is dat geen enkel zorgkantoor thans van deze gegevensbronnen gebruik maakt. De zorgkantoren gaven aan dat informatie over de vraag niet actief en niet op permanente basis werd verzameld. Zij beschikken bij het afsluiten van overeenkomsten dus niet over op regionaal niveau geaggregeerde indicatiegegevens. Gegevens over het aanbod in termen van instellingen, capaciteit en zorgproducten zijn wel bekend. Ten aanzien van doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg worden evenmin systematisch gegevens vergaard.

Alle zorgkantoren gaven aan dat de informatie over de vraag naar zorg onder de maat was, maar dat ze plannen hadden opgesteld om de informatievoorziening met betrekking tot zowel de vraag als het aanbod aanzienlijk te verbeteren.

De meeste zorgkantoren zeggen jaarlijks de uitgangspunten te formuleren. Een en ander vindt plaats in de vorm van een beleidsvisie en een jaarplan. De ingezonden visies en jaarplannen verschillen in diepgang en in kwaliteit van de onderbouwing.

### **4.3 Contractbeheer**

Uit een onderzoek van het CTZ naar de rol van zorgkantoren in de thuiszorg (februari 2001) is al gebleken dat de controle op de naleving van de afspraken slechts in zeer beperkte mate plaatsvond. Het CTZ doet in haar rapport aanbevelingen aan de minister, het CVZ en de zorgkantoren. Het CVZ heeft in een reactie op het rapport van het CTZ laten weten de conclusies van het CTZ te onderschrijven. Op dit moment is nog niet duidelijk hoe de reactie van de andere aangesprokenen luidt. Eén van de aanbevelingen luidt dat de zorgkantoren de huidige controleactiviteiten moeten uitbreiden. Deze aanbeveling lijkt echter alleen betrekking te

hebben op de naleving van de afspraken met betrekking tot kwaliteit en doelmatigheid van de verleende zorg en niet op de controle op de grondslag van de verleende zorg: de indicatie. Dit laatste aspect is door het CTZ in haar onderzoek buiten beschouwing gelaten. Gesprekken van de Rekenkamer met vertegenwoordigers van de zorgkantoren bevestigden dit beeld, niet alleen met betrekking tot de thuiszorg, maar ook zorgaanbieders als verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Daarmee constateert de Rekenkamer dat de overeenkomst tussen de zorgkantoren en de zorgaanbieders niet wordt gebruikt als een instrument om te komen tot hoogwaardige en doelmatig geleverde zorg, noch als toetsingskader voor de rechtmatigheid van de uitgaven.

Naar het oordeel van de Rekenkamer dient het zorgkantoor na te gaan of aan de verleende zorg een geldige indicatie ten grondslag ligt en of de zorg conform de indicatie is verleend. Daartoe dient het zorgkantoor een controleprogramma op te stellen op basis waarvan met redelijke zekerheid kan worden vastgesteld of de zorg rechtmatig is verleend. Geen van de zorgkantoren gaf aan op dit moment over een dergelijk controleprogramma te beschikken dan wel feitelijk een dergelijke controle uit te voeren. De noodzaak van deze controle stond echter niet ter discussie. Omdat onbekend is of de zorgverlening op basis van en conform een geldige indicatie heeft plaats gehad is het onzeker of de verleende zorg rechtmatig is verleend. Het gaat hier om circa f 18 miljard (€ 8,2 miljard) aan AWBZ-uitgaven (zie paragraaf 4.5.). Wel gaven de zorgkantoren aan dat soms werd gecontroleerd of zorgaanbieders het afgesproken aantal ligdagen of zorguren hadden geleverd. Deze gerealiseerde productie vormde dan het uitgangspunt bij de besprekingen over de overeenkomst voor het daaropvolgende jaar.

#### **4.4 Wachtlijstbeheer**

##### *4.4.1 Inleiding*

Door tekorten in het aanbod kunnen cliënten niet altijd direct de geïndiceerde zorg ontvangen. Deze cliënten dienen op een wachtlijst voor de geïndiceerde zorg te worden geplaatst en zo mogelijk (indien gewenst) tijdelijk te worden geholpen met zogenoemde overbruggingszorg. Het is de taak van de zorgkantoren om het wachtlijstbeheer te organiseren. Om deze wachtlijsten adequaat te kunnen beheren moet zijn voldaan aan een aantal noodzakelijke voorwaarden. Zoals eerder vermeld dienen de zorgkantoren daartoe op de hoogte te zijn van de zorgvraag, dus van alle gestelde indicaties, en te registreren welke verzekerden met een (geldige) indicatie nog niet in (de geïndiceerde) zorg zijn genomen. Het is voor deze verzekerden om twee redenen van belang dat zowel de geïndiceerde, maar nog niet beschikbare zorg als de wél verleende zorg worden geregistreerd. In de eerste plaats moet duidelijk zijn dat de overbruggingszorg een tijdelijke zaak is en dat gezocht moet (blijven) worden naar wegen om de geïndiceerde zorg te realiseren. In de tweede plaats kan op deze manier de doelmatigheid in het oog worden gehouden. Mogelijk kan sprake zijn van weliswaar noodzakelijke overbruggingszorg, die niettemin vanwege de ondoelmatigheid minder gewenst is (bijvoorbeeld de verkeerde bedden problematiek). Deze gegevens kunnen dus aanknopingspunten bieden voor een oplossing van de wachtlijstproblematiek.

Naast deze indicaties dienen de zorgkantoren te beschikken over een protocol waaruit blijkt welke prioriteringscriteria gelden voor het

toewijzen van cliënten, die op een wachtlijst staan, aan zorgaanbieders. Bovendien moet duidelijk zijn hoe het wachtlijstbeheer georganiseerd is en welke afspraken zijn gemaakt over de rol van de daarbij betrokken actoren (verzekerden, RIO's, zorgkantoren en zorgaanbieders). Zo dient aangegeven te worden welke voorwaarden zorgaanbieders kunnen stellen aan de plaatsing van een cliënt en wanneer zorgaanbieders verplicht zijn een toewijzing te accepteren.

#### *4.4.2 Registratie wachtenden*

Onderzocht is in hoeverre de zorgkantoren een registratie bijhielden van cliënten die nog niet in (de geïndiceerde) zorg waren genomen.

Geen enkel zorgkantoor registreert op individueel niveau indicaties van verzekerden aan wie nog niet de geïndiceerde zorg kan worden verleend. Evenmin wordt bijgehouden of er sprake is van overbruggingszorg. Door het ontbreken van deze (doorlopende) gegevensregistratie lijkt een toereikend wachtlijstbeheer bij de onderzochte zorgkantoren niet mogelijk. Wel trachten de zorgkantoren met ondersteuning van de taskforce «aanpak wachtlijsten» door middel van tussentijdse momentopnamen bij de zorgaanbieders, periodiek inzicht te krijgen in de omvang van de niet beantwoorde zorgvraag. In het laatste kwartaal van 2000 waren de gegevens uit de eerste meting bekend. In april 2001 kwamen de resultaten van de tweede meting door de taskforce «aanpak wachtlijsten» beschikbaar. Door een aantal zorgkantoren is een eigen tussentijdse meting in december uitgevoerd. Deze wachtlijstmetingen hebben op grond van hun aard een beperkte waarde, omdat het slechts momentopnamen betreft. Wel is dit een aanzet geweest tot een meer structurele oplossing in de vorm van een AWBZ-brede zorgregistratie (zie paragraaf 5.2). De rol die VWS hierbij onder meer op zich heeft genomen is het vaststellen van een minimum gegevensset en vastleggen van standaarden voor gegevensuitwisseling. De verdere verantwoordelijkheid voor de uitvoering en invulling ligt bij de zorgkantoren. Per 1 juli 2001 zal gestart worden met de invoering van alle nieuwe indicaties en plaatsingen vanaf die datum. In een vervolgstap zullen ook de historische gegevens worden ingebracht. Zie verdere ontwikkelingen in hoofdstuk 5.

#### *4.4.3 Organisatie en protocollen*

Nagegaan is of de zorgkantoren beschikten over een protocol op basis waarvan het wachtlijstbeheer werd uitgevoerd en of er duidelijk vorm is gegeven aan de organisatie. Als criterium daarbij is gehanteerd dat uit het protocol de rechten en plichten van de betrokken actoren moeten blijken, evenals de criteria die een rol spelen bij de toewijzing van zorg.

Geen enkel zorgkantoor beschikte ten tijde van het onderzoek over een in dit opzicht toereikend wachtlijstbeheer. In één geval was sprake van een zelfstandige, goed functionerende organisatie voor het wachtlijstbeheer, zij het dat dit alleen betrekking had op de indicatie voor verpleeghuis of verzorgingshuis. In een ander geval was sprake van een protocol, maar ontbraken de noodzakelijke indicatiegegevens.

#### 4.5 Aanvullend onderzoek

Aan de hand van interviews en dossieronderzoek is gebleken dat geen van de acht in het onderzoek betrokken zorgkantoren op de hoogte waren van de geïndiceerde zorg van hun verzekerden, noch op basis van interne noch op basis van externe informatie (indicaties). Evenmin bestond bij de acht zorgkantoren ten tijde van het onderzoek systematisch inzicht in de uitvoering van de individuele indicaties.

De Rekenkamer heeft zelf geprobeerd antwoord te krijgen op de vraag of de zorg conform de indicatie was verleend. Daartoe heeft zij de volgende procedure gevolgd.

In eerste instantie is aan een binnen de regio van de acht geselecteerde zorgkantoren werkzame RIO verzocht 50 indicaties thuiszorg, verpleeghuis en verzorghuis aan te leveren. De indicaties dienden in januari of februari 2000 gesteld te zijn. Een nadien gestelde herindicatie is daarbij tevens van belang.

In totaal zijn door de daartoe aangezochte RIO's 223 indicaties voor de thuiszorg aangeleverd en 203 indicaties verpleeghuis- of verzorgingshuiszorg. De wijze waarop de indicaties op schrift waren gesteld bleek nogal te verschillen.

De zorgkantoren is vervolgens verzocht per indicatie gegevens aan te leveren over de feitelijk verleende zorg tot 1 november 2000. De gegevens dienden – voor zover van toepassing – betrekking te hebben op de datum van de indicatie, de datum van inzorgneming, de mate van uitstelbaarheid (urgentie), het zorgproduct/type, het deskundigheidsniveau van de zorgverlener en het aantal uren geleverde zorg per zorgproduct.

De Rekenkamer verzocht de zorgkantoren eerst na te gaan welke informatie in hun eigen systemen beschikbaar was. Uit gesprekken met de zorgkantoren bleek dat geen enkel zorgkantoor uit eigen bestanden gegevens kon aanleveren over de thuiszorg. Ten aanzien van de verpleeghuizen en verzorgingshuizen wordt meestal wel een administratie bijgehouden: verpleeg- en verzorgingshuizen melden vaak de opname van een verzekerde aan de zorgverzekeraar. De Rekenkamer heeft daarover geen vaste afspraken kunnen vaststellen, waaruit een actieve rol van het zorgkantoor is gebleken.

Gelet op de beperkte resultaten van deze eerste zoekslag in eigen administratie is de zorgkantoren vervolgens verzocht of zij met behulp van de zorgaanbieders binnen hun werkgebied de nog ontbrekende informatie boven tafel konden krijgen.

Bij de gegevens met betrekking tot opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis is ervan uitgegaan, dat opname gelijk staat aan de realisatie van de zorgvraag. Bij de gegevens over de realisatie met betrekking tot de thuiszorg is gebleken dat slechts twee thuiszorgorganisaties (via de zorgkantoren) geaccumuleerde realisatiegegevens hadden ingezonden. De overige hebben opgave gedaan van de beoogde zorg per week. Er kan dus niet zonder meer van uit worden gegaan dat de aangeleverde gegevens over de thuiszorg de realisatie betreffen. Daarom lenen deze gegevens zich hoogstens voor conclusies over de wijze van administreren door de zorgaanbieders en zorgkantoren en niet over de realisatie van de geïndiceerde zorg.



In bijna een derde van alle aangeboden indicaties (31%) kon de betreffende verzekerde niet worden getraceerd, in 4% van de gevallen waren de gegevens incompleet of niet eenduidig te interpreteren. In al deze gevallen is dus onduidelijk of er zorg conform de indicatie is verleend, of de cliënt op de wachtlijst staat dan wel dat de reden van de zorgvraag niet meer van toepassing is.

Van de cliënten waarvan in ieder geval duidelijk was wanneer en door welke zorgaanbieder ze in zorg waren genomen is het volgende beeld te schetsen.

Over 138 van de 223 opgevraagde realisaties thuiszorg zijn zodanige gegevens verstrekt, dat hieraan althans enige conclusies ten aanzien van de volledigheid van administreren door zorgaanbieders, zorgkantoren en RIO's kunnen worden ontleend. Waar de mate van urgentie in de indicatie was aangegeven bleek in 85% van de gevallen de zorg min of meer binnen de geldende termijnen te worden verleend. Meestal werd door de zorgaanbieder ook informatie over het zorgproduct verstrekt, in mindere mate gold dat voor het deskundigheidsniveau. Zoals eerder aangegeven waren de gegevens over de realisatie lang niet altijd bruikbaar door inconsistente gegevens of door het volledig ontbreken van informatie.

Voor de verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg geldt, dat naar aanleiding van de 203 ingediende indicaties 139 bruikbare realisaties zijn ontvangen. In bijna de helft van de bruikbare gevallen, waarvan de urgentie bekend was, werd de geïndiceerde zorg binnen de urgentie-termijn gerealiseerd.

#### **4.6 Overige ontwikkelingen**

Een nieuw feit voor het moderniseringsproces vormde de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep op 19 december 2000. Daarin werd bepaald dat de indicatie, zoals die door de RIO's wordt gesteld niet gezien moet worden als besluit, maar als advies. Het besluit wordt volgens die uitspraak uiteindelijk genomen door het zorgkantoor. Deze uitspraak heeft consequenties voor de verdere invulling van de rol van de zorgkantoren, als daar verder door de minister van VWS geen actie op wordt ondernomen.

#### **4.7 Samenvattende conclusies**

##### *4.7.1 Zorginkoop*

De Rekenkamer heeft geconstateerd dat de betrokken zorgkantoren (nog) geen activiteiten ontplooiën om terzake van de vraaganalyse gegevens te verzamelen op regionaal niveau. Voor zover er uitgangspunten voor het periodieke afsluiten van overeenkomsten zijn geformuleerd, zijn die niet gebaseerd op de vraag. Veelal wordt hierbij nog uitgegaan van het aanbod.

##### *4.7.2 Overeenkomsten tussen zorgkantoren en zorgaanbieders*

Met betrekking tot de overeenkomsten van de zorgkantoren met de zorgaanbieders constateerde de Rekenkamer dat er geen afspraken over de controle op de naleving van alle in de overeenkomst genoemde punten werden gemaakt. Zorgkantoren controleren de gemaakte afspraken met betrekking tot kwaliteit, doelmatigheid en productie niet systematisch. In

februari 2001 constateerde ook het CTZ een dergelijke tekortkoming bij de thuiszorg.

Evenmin werd nagegaan of er een geldige indicatie ten grondslag lag aan de verleende zorg en of de zorg conform de indicatie was verleend.

Daarmee is onzeker of de betreffende AWBZ-middelen rechtmatig zijn aangewend. De zorgkantoren gaven te kennen deze conclusie te delen en zegden toe, al dan niet in samenhang met de ingediende plannen over de informatievoorziening, een aanpak voor een dergelijke controle te zullen ontwerpen.

#### *4.7.3 Wachtlijstbeheer*

Het wachtlijstbeheer is niet toereikend, omdat de zorgkantoren niet over de benodigde gegevens beschikken. Recentelijk daartoe opgeroepen hebben vrijwel alle bij dit onderzoek betrokken zorgkantoren plannen ingediend bij de taskforce «aanpak wachtlijsten».

#### *4.7.4 Aanvullend onderzoek*

Door de Rekenkamer uitgevoerd aanvullend onderzoek leidde tot de constatering dat de in dat kader op verzoek van de zorgkantoren door de zorgaanbieders geleverde informatie slechts gedeeltelijk helderheid kon bieden. In meer dan 30% van de gevallen bleken cliënten onvindbaar, ook na aanzienlijke inspanning van de zorgkantoren. Ook bleken de gegevens van de wél traceerbare cliënten vaak onvolledig te zijn. Daarmee wordt naar de mening van de Rekenkamer duidelijk dat er thans geen toereikend informatiesysteem bestaat, op basis waarvan de zorgkantoren hun taken naar behoren kunnen vervullen.

## 5 NIEUWE ONTWIKKELINGEN EN KANSEN

### 5.1 Inleiding

De modernisering van de AWBZ is nog niet afgerond. De wijze waarop zorgkantoren thans functioneren is derhalve bezien in het licht van dit ontwikkelingstraject. Uitdrukkelijk is daarom ook het perspectief op de korte en middellange termijn bij het onderzoek betrokken. Door de Rekenkamer is daarom ook nagegaan of er plannen bestaan die kunnen resulteren in een beter inzicht bij de zorgkantoren over de aan cliënten geïndiceerde zorg, de verleende zorg en de mogelijkheid om een dynamisch wachtlijstbeheer te voeren.

### 5.2 De ontwikkeling van het nieuwe registratiesysteem

Zoals in het voorgaande hoofdstuk is beschreven, blijkt het huidige beleidsinformatiesysteem voor de zorgkantoren onvoldoende om hun taken naar behoren te kunnen uitvoeren. De zorgkantoren onderkennen deze tekortkoming en hebben aangegeven deze situatie graag te willen verbeteren.

Ook bij de taskforce «aanpak wachtlijsten» van het ministerie van VWS is het belang van goede en betrouwbare beleidsinformatie onderkend. De taskforce is om die reden gestart met de ontwikkeling van een nieuw systeem van zorgregistratie.

Op 20 juni 2000 heeft deze taskforce de zorgkantoren opgeroepen aan te geven wat in hun ogen nodig is voor een AWBZ-brede zorgregistratie. De Rekenkamer heeft inzage gehad in de voorstellen van de betrokken zorgkantoren. In die voorstellen is uitvoerig ingegaan op de soort gegevens die nodig zijn, de hard- en software en de organisatievereisten. Op basis van deze voorstellen heeft de taskforce in november 2000 een plan van aanpak voorgesteld voor de ontwikkeling van een landelijke uniforme AWBZ-brede zorgregistratie.

In december 2000 heeft voornoemde taskforce op basis van de door alle zorgkantoren ingediende plannen een Plan van Aanpak AWBZ-brede zorgregistratie binnen de V&V, GZ en GGZ<sup>5</sup> opgesteld. Met betrekking tot verpleging en verzorging (thuiszorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg; dus behorende tot het onderzoeksdomein) is voorzien in een gefaseerde aanpak, waarbij de eerste fase (aanlevering van wachtlijstgegevens door zorgaanbieders op ad hoc basis) in maart 2001 zou zijn afgerond. Na afloop van de tweede fase (1 juli 2001) zullen de zorgkantoren landelijk een uniforme gegevensset kunnen leveren op basis van gegevens van RIO's en zorgaanbieders. Vanaf november 2001 zal vervolgens in de derde fase een integratie plaats hebben van gegevens in een wat genoemd wordt toekomstvast AWBZ-breed zorgregistratiesysteem. Deze integratie zou per maart 2002 moeten zijn afgerond. Mogelijk zal deze derde fase, maar wellicht ook de tweede fase, enige vertraging oplopen vanwege de in eerste instantie niet voorziene Europese aanbestedingsvereisten. Het plan van aanpak voorziet ook in een registratie van gegevens met betrekking tot de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Met het gehele plan is circa f 55 miljoen (€ 25 miljoen) gemoeid en de afronding is – behoudens de vertraging in verband met de Europese aanbesteding – voorzien in juli 2002.

<sup>5</sup> V&V: verpleging en verzorging, GZ: gehandicaptenzorg, GGZ: geestelijke gezondheidszorg

### 5.3 Convenant

Op 13 maart 2001 is door de minister van VWS, CVZ en de ZN een convenant gesloten waarin afspraken zijn gemaakt over taken en beheer(skosten) van zorgkantoren. Voor het onderhavige onderzoek zijn daarbij de volgende afspraken van belang:

- de zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de zorgregistratie in de AWBZ;
- elk zorgkantoor dient per 31 december 2001 te beschikken over een registratiesysteem, waarin de stamgegevens per cliënt, de kerngegevens over de geïndiceerde zorg en de kerngegevens over de geleverde zorg voor de sector verpleging en verzorging zijn opgenomen. Het systeem is zodanig opgezet dat tenminste een maandelijkse actualisatie kan plaats hebben;
- uiterlijk 31 december 2001 heeft elk zorgkantoor met de zorgaanbieders en de regionale indicatieorganen overeenstemming bereikt over het wachtlijstbeheer en het registratiebeleid;
- in november 2002 dient elk zorgkantoor te beschikken over een AWBZ-breed toepasbaar registratiesysteem, waarin de sectoren verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg zijn opgenomen, en dat op zijn minst dezelfde mogelijkheden biedt voor de sector geestelijke gezondheidszorg;
- zorgkantoren zullen het instrument van de overeenkomst effectiever benutten. In deze overeenkomsten zullen afspraken worden opgenomen over de zorgverlening, de daarbij behorende informatievoorziening en de beoordeling van de door de zorgverlener geleverde prestaties.

### 5.4 Samenvattende conclusies

De plannen om te komen tot een AWBZ-brede zorgregistratie voldoen alle aan de door de Rekenkamer van toepassing geachte normatiek met betrekking tot type gegevens en organisatie. Volgens de Rekenkamer kan deze registratie in opzet een goede basis vormen voor een toereikende afstemming van vraag en aanbod, zowel op regionaal als op individueel niveau en het voeren van een dynamisch wachtlijstbeheer.

Het convenant dat het ministerie van VWS, het CVZ en de zorgkantoren (ZN) hebben afgesloten betekent dat een belangrijke stap is gezet om te komen tot de noodzakelijke informatievoorziening. Hierin wordt expliciet uitdrukking gegeven aan de betrokkenheid van genoemde actoren bij de modernisering van de AWBZ in het algemeen en bij de implementatie van het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem in het bijzonder. Ook het belang van de overeenkomst en de controle op de naleving van de afspraken wordt hierin onderstreept.

De Rekenkamer wijst er op dat, ook als het systeem is geïmplementeerd, blijvende aandacht nodig is voor de voeding en het onderhoud van het registratiesysteem. Deze aandacht zal bovendien gericht moeten zijn op de verwerking van deze primaire gegevens in zinvolle beleidsinformatie, die bovendien aansluit bij de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken actoren. Er zal op moeten worden toegezien dat deze beleidsinformatie ook daadwerkelijk wordt ingezet voor het doel waarvoor de gegevens zijn verzameld.

## 6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 6.1 Conclusies

#### 6.1.1 Zorginkoop

De Rekenkamer constateerde dat de in het onderzoek betrokken zorgkantoren (nog) geen activiteiten ontplooiën om ten behoeve van de vraaganalyse gegevens te verzamelen op regionaal niveau. Voor zover er uitgangspunten voor de periodiek af te sluiten overeenkomsten zijn geformuleerd, zijn die niet gebaseerd op de vraag. Veelal wordt hierbij nog uitgegaan van het beschikbare aanbod. Daarmee is geen sprake van een toereikend inkoopbeleid.

De zorgkantoren onderkennen deze tekortkoming en hebben plannen bij het ministerie van VWS ingediend om de informatievoorziening met betrekking tot vraag, aanbod en daadwerkelijk verleende zorg op peil te brengen.

#### 6.1.2 Overeenkomsten tussen zorgkantoren en zorgaanbieders

Met betrekking tot de overeenkomsten die zorgkantoren met de zorgaanbieders sluiten, constateerde de Rekenkamer dat er geen afspraken over de controle op de naleving van alle in de overeenkomst genoemde punten werden gemaakt. Daarbij moet worden gedacht aan aspecten als productiviteit, kwaliteit en doelmatigheid. In februari 2001 constateerde het CTZ in het onderzoek naar het gebruik van overeenkomsten in de thuiszorg ook een dergelijke tekortkoming.

De zorgkantoren toetsen niet of aan de zorgverlening een geldige indicatie ten grondslag ligt en of de zorg overeenkomstig de indicatie is uitgevoerd.

Het CTZ betreft dit aspect voornamelijk niet bij haar oordeel over de aanvaardbaarheid van de kosten voor de AWBZ. Dit betekent volgens de Rekenkamer dat niet vastgesteld kan worden dat de circa f 18 miljard (€ 8,2 miljard) aan uitgaven voor de verpleging en verzorging en de thuiszorg rechtmatig zijn. De Rekenkamer stelt vast dat hiermee bij de AWBZ nog geen sprake is van een gesloten toezichtsketen.

Zorgkantoren gaven te kennen deze conclusie te delen en zegden toe, al dan niet in samenhang met de ingediende plannen over de informatievoorziening, een aanpak voor de opzet en inrichting van een dergelijke controle te zullen ontwerpen. De Rekenkamer is van oordeel dat er in de huidige AWBZ geen belemmeringen zijn om te komen tot een toezicht- en controlebeleid dat voldoende basis kan bieden voor inzicht in de rechtmatige uitvoering van de AWBZ.

#### 6.1.3 Wachtlijstbeheer

De Rekenkamer constateert verder dat de zorgkantoren voornamelijk over onvoldoende informatie beschikken om een toereikende afstemming van vraag en aanbod op individueel niveau tot stand te kunnen brengen. In het geval van verpleeghuizen of verzorgingshuizen beschikten de zorgkantoren soms over opname-informatie, meestal op initiatief van de zorgaanbieder verkregen. In geen enkel geval beschikten de zorgkantoren over informatie met betrekking tot de zorgverlening door de thuiszorg. Ook de zorgverleners zelf bleken slechts gedeeltelijk in staat te zijn om, op basis van aangeleverde indicaties, de gevraagde informatie over de daadwerkelijk gerealiseerde zorg te verstrekken.

Tevens kwam naar voren dat ook de gestelde indicaties nog niet altijd volledig en op uniforme wijze waren opgesteld.

Omdat de zorgkantoren, zoals hierboven aangegeven, niet over de benodigde gegevens beschikken kan het wachtlijstbeheer ook niet toereikend zijn.

Recentelijk daartoe opgeroepen hebben alle bij dit onderzoek betrokken zorgkantoren plannen ingediend bij de taskforce «aanpak wachtlijsten» die uiteindelijk moeten leiden tot verbetering van de voor het wachtlijstbeheer benodigde informatievoorziening. Op basis hiervan wordt door de minister van VWS gewerkt aan de uitvoering van een plan voor een AWBZ brede zorgregistratie waarbij niet alleen de zorgkantoren zijn betrokken, maar ook de RIO's en zorgaanbieders, die de gegevens voor deze registratie moeten leveren. Commitment van alle actoren is vastgelegd in een op 13 maart 2001 gesloten convenant tussen VWS, ZN en CVZ. Volgens de Rekenkamer kan deze registratie een goede basis bieden voor de ontwikkeling van (beleids)informatie die nodig is om een toereikende afstemming van vraag en aanbod, zowel op regionaal als op individueel niveau tot stand te brengen. Hiermee zou een belangrijke voorwaarde zijn ingevuld die het zorgkantoor nodig heeft om ook haar taak als onafhankelijk zorgtoewijzer vorm te geven.

## **6.2 Aanbevelingen**

Naar het oordeel van de Rekenkamer is haast geboden bij het formuleren van een protocol, op basis waarvan zorgkantoren de zorgverlening kunnen toetsen aan de wettelijke vereisten: de zorg dient verleend te worden op basis van en conform een geldige indicatie. Het CTZ dient ook dit punt te betrekken bij het toezicht op de uitvoering van de AWBZ.

De mogelijkheden die de AWBZ biedt om de kwaliteit, rechtmatigheid en doelmatigheid van de verleende zorg te handhaven dan wel te bevorderen, worden nog te weinig benut. Een belangrijk sturingsinstrument in dit verband zijn de door de zorgkantoren met zorgaanbieders af te sluiten overeenkomsten. De Rekenkamer beveelt daarom aan dat zorgkantoren in deze overeenkomsten concrete en controleerbare afspraken maken, zodat duidelijk is wanneer, op welke wijze en waarover de zorgaanbieder zich dient te verantwoorden.

De Rekenkamer beveelt aan om de plannen die de minister ten aanzien van een AWBZ-brede zorgregistratie heeft ontwikkeld conform het gestelde tijdpad te realiseren. Met een goede gegevensregistratie als basis kan dan verder gewerkt worden aan de beleids- en verantwoording-sinformatie die nodig is voor een toereikende uitvoering van de (gemoder-niseerde) AWBZ. De betrokkenheid van de zorgaanbieders en RIO's is hierbij dringend gewenst, met name om te komen tot een eenduidige en op uniforme wijze aan te leveren gegevensregistratie. De Rekenkamer zal met belangstelling de vorderingen volgen.

De Rekenkamer beveelt de zorgkantoren aan alvast verder vorm te (laten) geven aan een organisatie die de daadwerkelijke actieve en onafhankelijke zorgtoewijzing en het daarmee verbonden wachtlijstbeheer ter hand kan nemen.

RIO's wordt aanbevolen de indicatieadviezen op uniforme wijze op te stellen.

## 7 REACTIES EN NAWOORD REKENKAMER

### 7.1 Reactie staatssecretaris van VWS

Bij brief van 30 mei reageerde de staatssecretaris van VWS op de bevindingen van de Rekenkamer. Zij gaf aan met waardering kennis genomen te hebben van het rapport. De staatssecretaris kon zich in grote lijnen vinden in de analyse van de Rekenkamer, zij het dat her en der bij lezing de indruk zou kunnen ontstaan dat de zorgkantoren reeds beoordeeld worden op de eisen waaraan zij moeten gaan voldoen, maar waarvoor in formele zin geen parlementair fiat was gegeven in de periode waarover het onderzoek zich uitstrekt.

Het moderniseringstraject AWBZ draagt de zorgkantoren een aantal nieuwe taken op. Dit proces van verandering is, aldus de staatssecretaris, enige tijd gekenmerkt door een periode van «pas op de plaats» maar komt nu versneld tot stand. De vastlegging van de taken en verantwoordelijkheden draagt bij tot duidelijkheid over de uitvoeringsorganisatie, de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van zowel de uitvoeringsorganen als de zorgkantoren. Hierin ligt dan ook een belangrijke basis voor de verdere uitvoering van het in het moderniseringstraject vastgelegde beleid.

Aan de verhouding tussen indicatie, afgegeven door het onafhankelijke indicatieorgaan enerzijds en de zorgverlening aan de geïndiceerde anderzijds en meer in het bijzonder de rol die het zorgkantoor daarbij vervult, zal zij nog concrete invulling geven. Dit mede in relatie tot de voorgenomen wijzigingen van de regelgeving in verband met de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep inzake het karakter van het indicatiebesluit en de eigen verantwoordelijkheid van de uitvoeringsorganen AWBZ voor een rechtmatige maar ook doelmatige uitvoering van de AWBZ en de rol van de toezichthouder.

De staatssecretaris deelt niet de conclusie van de Rekenkamer, dat de onderzochte zorgkantoren nog geen activiteiten ontplooiën om ten behoeve van de vraaganalyse gegevens te verzamelen op regionaal niveau. Zij wijst er op dat door alle zorgkantoren per 15 mei 2000 en 1 maart 2001 de wachtlijsten zijn gemeten. Bij de laatste meting zijn voor het eerst ook de aantallen indicaties door de Regionale Indicatieorganen over 1999 en 2000 gemeten. Deze gegevens zijn geanalyseerd en op basis daarvan hebben de zorgkantoren vervolgens overeenkomsten met zorgaanbieders gesloten.

De staatssecretaris vestigt in haar reactie tot slot nog de aandacht op het toezicht op de uitvoering van de AWBZ. Zij is het niet eens met de visie van de Rekenkamer dat thans geen sprake is van een gesloten toezichtsketen en verwijst daarbij naar de reactie van de minister op het rapport «Modernisering verantwoording en toezicht Ziekenfondswet». De minister heeft in deze reactie haar visie op het toezicht uiteengezet. De minister is van mening dat de inrichting van de toezichtsketen afgestemd dient te zijn op de wettelijke regulering en de eigen verantwoordelijkheid van actoren. Daarbij geeft zij nadrukkelijk aan dat de hogere schakels niet de verantwoordelijkheden van de lagere schakels dienen over te nemen. Het CVZ en het CTZ hebben eigen taken en verantwoordelijkheden die de minister niet overneemt. Zij stelt daarbij ook niet verantwoordelijk te zijn voor de inkomsten en uitgaven van de wettelijke verzekeringen, doch slechts voor het waarborgen van een goede werking van het systeem. CTZ en CVZ

leggen uit hoofde van hun eigen verantwoordelijkheden aan de minister verantwoording af. De werkzaamheden van het CVZ en CTZ worden door een accountantscontrole beoordeeld. De minister is van mening over voldoende informatie te beschikken om te beoordelen dat het systeem werkt en de rechtmatigheid van inkomsten en uitgaven is gewaarborgd. Het CTZ heeft de bevoegdheid om uitgaven die het College niet verantwoord acht toch ten laste van de wettelijke verzekeringen te laten komen.

De staatssecretaris geeft als aanvulling hierop nog aan dat het ingroei-traject voor de modernisering van het toezicht langer is dan dat voor de ziekenfondsen. Daarnaast merkt zij op dat de uitvoeringsorganen AWBZ de mandaatsovereenkomst met de zorgkantoren per 1 januari 2002 zullen wijzigen in dier voege dat daarmee duidelijk vast zal staan waar de verantwoordelijkheden liggen.

## **7.2 Reactie CTZ**

Het CTZ wijst in zijn reactie op het feit dat de modernisering nog in volle gang is en dat de taken en bevoegdheden ten tijde van het onderzoek nog niet waren uitgekristalliseerd. Naar het oordeel van het CTZ heeft deze onhelderheid het onderzoek parten gespeeld en dit heeft de conclusies gekleurd. Ook de door de Rekenkamer gehanteerde normenset zou deels vooruitlopen op de toekomstige situatie.

Het CTZ ziet het zorgkantoor als opdrachtnemer, die voor de gemandateerde taken verantwoording schuldig is aan het uitvoeringsorgaan AWBZ, waar de verzekerde staat ingeschreven. De uitvoerende organen AWBZ blijven te allen tijde formeel verantwoordelijk.

Binnen dit moderniseringstraject meldt het CTZ twee ontwikkelingen. In de eerste plaats is op 3 maart 2001 een convenant gesloten tussen de minister van VWS, de staatssecretaris, ZN en het CVZ waarin onder meer afspraken zijn gemaakt over de taken van de zorgkantoren en over de uitvoeringsstructuur. In de tweede plaats geeft het CTZ aan dat door de werkgroep AWBZ, waarin ook het CVZ is vertegenwoordigd, een Plan van aanpak modernisering verantwoording en verslaglegging in de AWBZ is opgesteld. Dit plan zal naar verwachting in juni 2001 worden vastgesteld. Uitgangspunten vormen onder meer:

- Een getrapte verantwoordingsstructuur: zorgkantoren leggen verantwoording af aan uitvoeringsorganen, de uitvoeringsorganen aan het CTZ;
- Degene die verantwoordelijk is voor de uitvoering van een taak heeft daarmee ook de plicht tot verantwoording.

Het CTZ constateert verder dat de Rekenkamer vergaande conclusies met betrekking tot de rechtmatigheid verbindt aan het feit dat de zorgkantoren niet toetsen of aan de zorgverlening een geldige indicatie ten grondslag ligt en of de zorg overeenkomstig de indicatie wordt uitgevoerd. Volgens het CTZ levert het zorgkantoor jaarlijks mét de instelling voor thuiszorg informatie aan het CTG in het kader van het controleprotocol nacalculatie thuiszorg. Dit protocol zou het CTG in staat stellen de rechtmatigheid van de bekostiging vast te stellen, omdat het aangeeft welke controlepunten met welke diepgang en reikwijdte de externe accountant dient te controleren. Verder bestaan er volgens het CTZ landelijke administratieve procedures in het geval sprake is van opname van een verzekerde in een verpleeg- of verzorgingshuis. De naleving daarvan wordt door het CTZ bij het toezicht betrokken. De Rekenkamer is bij haar onderzoek in zijn ogen ten onrechte niet ingegaan op deze procedures. Dat zorgkantoren geen gegevens aan konden leveren over de verleende thuiszorg is volgens het



CTZ denkbaar, maar het ontbreken van gegevens over de verleende zorg binnen verpleeg- en verzorgingshuizen kan in de ogen van het CTZ niet juist zijn.

Tot slot wijst het CTZ nog op het verschil tussen geïndiceerde zorg en verleende zorg. Volgens het CTZ leiden niet alle indicaties tot daadwerkelijke zorgverlening. Er kan sprake zijn van wachtlijsten, overlijden en van vervangende zorg. Het CTZ is de mening toegedaan dat, zeker ten tijde van het onderzoek, zorgkantoren op de hoogte waren van de zorgverlening aan hun verzekerden in verzorgings- of verpleeghuis. Het CTZ verwerpt de conclusies omtrent de onzekerheid van de rechtmatigheid van de kosten.

### **7.3 Reactie CVZ**

Het CVZ spreekt allereerst haar waardering uit voor de duidelijkheid over de tekortkomingen in het fungeren van de zorgkantoren die de Rekenkamer in haar conclusies heeft weergegeven. Wel geeft het CVZ daarbij aan dat het wellicht verhelderend zou zijn geweest indien de Rekenkamer als mogelijke verklaring voor de tekortkomingen gewezen had op de problemen die bestaan in de beleving van de verantwoordelijkheden van de verschillende actoren.

Hiermee wordt door het CVZ gedoeld op het feit dat de verantwoordelijkheid voor de taakuitoefening door de zorgkantoren formeel ligt bij de uitvoeringsorganen AWBZ, die immers die taken niet aan de zorgkantoren hebben gedelegeerd, maar gemandateerd, respectievelijk die zorgkantoren hebben gemachtigd taken namens hen uit te voeren. Materieel, zo stelt het CVZ, zijn echter de zorgkantoren voor de behoorlijke uitoefening van hun taken ten volle verantwoordelijk. Ook het feit dat de RIO's een belangrijke wettelijke rol spelen versterkt daarbij volgens het CVZ het mogelijk ontstaan van een minder gevoel van urgentie ten aanzien van een goede taakuitvoering.

Het CVZ constateert vervolgens dat de Rekenkamer aandacht heeft besteed aan het op 13 maart 2001 gesloten convenant tussen partijen over het verdere ontwikkelingstraject van de zorgkantoren. Het CVZ vestigt in dat verband de aandacht op de bijdragen, waar nodig in afstemming met het CTZ, die het College voornemens is te verrichten aan het opbouwen van een bedrijfsorganisatie bij de zorgkantoren, die zodanig is dat de zorgkantoren in staat zijn de zorgvraag en de geleverde zorgprestaties op individueel verzekerdeniveau in beeld te hebben. Daarmee kunnen de zorgkantoren, aldus het CVZ, het zorgaanbod op de zorgvraag afstemmen én kunnen zij (via de uitvoeringsorganen van wie zij mandaat en volmacht hebben) publieke verantwoording afleggen over prestatiegerelateerde bestedingen en over de overige behaalde uitvoeringsdoelen. Het CVZ stelt dat deze situatie per 31 december 2003 bereikt moet zijn. Het College zegt toe de minister tussentijds te rapporteren over de voortgang.

### **7.4 Nawoord Algemene Rekenkamer**

Uit de reacties blijken diverse verklaringen voor de geconstateerde tekortkomingen: het moderniseringstraject is nog in opbouw, nog niet alle betrokkenen beleven hun (nieuwe) verantwoordelijkheden hetzelfde. De Rekenkamer heeft daar begrip voor, maar de gegeven redenen onderstrepen in haar ogen temeer de urgentie voor het scheppen van helderheid over de te onderscheiden taken en verantwoordelijkheden van alle betrokken actoren. Zij spoort de staatssecretaris dan ook aan, haast te

maken met de uitvoering van haar aangekondigde voornemen concrete invulling te geven aan de verhouding tussen indicatie, afgegeven door het onafhankelijk indicatieorgaan enerzijds en de zorgverlening aan de geïndiceerde anderzijds, en meer in het bijzonder aan de rol die het zorgkantoor daarbij vervult.

Ondanks de reacties van de staatssecretaris en het CTZ blijft de Rekenkamer van oordeel dat er onzekerheid bestaat over de rechtmatigheid van de uitgaven voor de in het onderzoek betrokken verstrekkingen AWBZ: verpleging en verzorging van ouderen en thuiszorg. Er is thans nog niet voorzien in een controleketen die zeker stelt dat de geleverde zorg overeenkomt met de geïndiceerde zorg. Wellicht ten overvloede wijst de Rekenkamer er op, dat de basis voor de vaststelling van de rechtmatigheid van de uitgaven AWBZ gelegen is in de onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling als grondslag voor de te verlenen (AWBZ)-zorg.

Het CTZ geeft aan dat onderscheid gemaakt moet worden tussen geïndiceerde zorg en daadwerkelijk geleverde zorg. Het CTZ lijkt daarmee te willen zeggen dat het nog maar de vraag is of die geïndiceerde zorg als uitgangspunt genomen dient te worden, omdat er veel kan gebeuren dat afwijking van de indicatie noodzakelijk maakt. Het CTZ verwerpt om die reden de conclusie omtrent de onzekerheid van de uitgaven voor de verleende AWBZ-zorg. De Rekenkamer gaat er echter van uit dat in beginsel de geïndiceerde zorg geleverd dient te worden, en dat er slechts onder bepaalde voorwaarden van mag (of noodgedwongen moet) worden afgeweken. Dat is natuurlijk het geval bij gewijzigde omstandigheden, zoals een veranderend ziektebeeld: dan kan een herindicatie nodig zijn. Dat is ook het geval als er onvoldoende capaciteit is. Dan dient het zorgkantoor met de verzekerde, de zorgaanbieder en het RIO te zoeken naar een tijdelijke oplossing totdat de geïndiceerde zorg wél voorhanden is. Dan kan er nog steeds sprake zijn van rechtmatig geleverde zorg. De Rekenkamer blijft echter van mening dat sprake is van onzekerheid omtrent de rechtmatigheid als niet bekend is c.q. gecontroleerd wordt of de zorg conform een geldige indicatie is verleend.

Toegespitst op de rechtmatigheid van de uitgaven van de thuiszorg merkt de Rekenkamer op, dat er kennelijk sprake is van begripsverwarring. Het CTZ wijst op de rechtmatigheid van de bekostiging, die het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) dient vast te stellen. De Rekenkamer onderstreept nog eens, dat volgens haar een van de (hier onderzochte) voorwaarden voor een rechtmatige uitgave is dat de (AWBZ) zorg tenminste conform een geldige indicatie is verleend. Nergens is vast komen te staan dat deze vorm van controle door het CTZ, de zorgkantoren zelf, door het CTG, externe accountant of enige andere instantie wordt uitgevoerd. Verder wijst het CTZ op afspraken die gelden voor opname van verzekerden in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. De Rekenkamer herhaalt nog eens dat zij niettemin moest constateren dat zorgkantoren in veel gevallen niet aan kunnen geven waar de geïndiceerde verzekerden zich bevinden.

Het CVZ constateert tenslotte dat de Rekenkamer aandacht heeft besteed aan het op 13 maart 2001 gesloten convenant tussen partijen over het verdere ontwikkelingstraject van de zorgkantoren. Het CVZ vestigt in dat verband de aandacht op de bijdragen, waar nodig in afstemming met het CTZ, die het College voornemens is te verrichten aan het opbouwen van een bedrijfsorganisatie bij de zorgkantoren, die zodanig is dat de

zorgkantoren in staat zijn de zorgvraag en de geleverde zorgprestaties op individueel verzekerdeniveau in beeld te hebben. Daarmee kunnen de zorgkantoren, aldus het CVZ, het zorgaanbod op de zorgvraag afstemmen én kunnen zij (via de uitvoeringsorganen van wie zij mandaat en volmacht hebben) publieke verantwoording afleggen over prestatiegerelateerde bestedingen en over de overige behaalde uitvoeringsdoelen. Het CVZ stelt dat deze situatie per 31 december 2003 bereikt moet zijn. Het College zegt toe de minister tussentijds te rapporteren over de voortgang.

De Rekenkamer zal met belangstelling het geschetste opbouwtraject van de bedrijfsorganisatie van de zorgkantoren blijven volgen, te meer daar de geschetste opbouw een noodzakelijke voorwaarde voor wachtlijstbeheer vormt.