

BOER & CROON

**ONDERZOEK NAAR HET
GEBRUIK VAN
AWBZ-MIDDELEN**

Amsterdam, 10 augustus 2004

Inhoud

Samenvatting	i
Inleiding, reikwijdte en opmerkingen bij het onderzoek	xvi
1 Het gebruik van AWBZ-middelen	1
2 De positionering van de AWBZ	45
3 Enige kostenopdrijvende factoren	52
4 De balans tussen AWBZ-partijen	73

Bijlagen

- Samenstelling van de Begeleidingscommissie vanuit VWS, CTZ en CVZ
- Onderzoeksaanpak
- Overzicht van aangehaalde en geraadpleegde bronnen
- Korte beschrijving van toelatingscriteria AWBZ-instellingen
- Brief van 14 oktober 2003 van de LVT aan haar leden ('Tips en Trucs')
- Brief van 23 december 2003 van Arcares aan haar leden ('Tips en Trucs met betrekking tot beleidsregels V&V 2004')
- Overzicht van figuren in het rapport
- Lijst met afkortingen en namen van instanties gebruikt in het rapport

SAMENVATTING

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Boer & Croon (deels in samenwerking met Deloitte) onderzoek gedaan naar mogelijk oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen.

Dit onderzoek wil antwoord geven op de volgende drie vragen:

1. Komt oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen, binnen of over de randen van de AWBZ, op grote schaal voor?
2. Wat zijn de belangrijkste oorzaken van het feit dat een aantal ontvangers van thuiszorg hiervoor geen indicatie heeft?
3. Wat is de rol van de ketenpartijen, inclusief VWS, CVZ, CTG en CTZ?

Hiertoe heeft Boer & Croon onder leiding van een Begeleidingscommissie, samengesteld uit vertegenwoordigers van VWS, CVZ en CTZ, een kwalitatief onderzoek gedaan naar onderzoeksvragen 1 en 3 en heeft Deloitte (onder verantwoordelijkheid van Boer & Croon) een kwantitatief onderzoek gedaan naar onderzoeksvraag 2.

Het kwalitatieve onderzoek naar onderzoeksvragen 1 en 3 is uitgevoerd door middel van een groot aantal (circa zeventig) gesprekken met partijen die opereren binnen de AWBZ (directieniveau en operationeel niveau), een vijftal *expert meetings* en het doen van *desk research*. AWBZ-partijen, koepels en andere instanties hebben hierbij over het algemeen coöperatief meegewerkt aan de gesprekken.

De onderzoeksopzet is modulair van aard geweest, waarbij de vraagzijde, aanbodzijde en de ‘randen’ van de AWBZ zijn onderzocht. In dit deel van het onderzoek (dat wil zeggen niet het onderzoek naar non-indicaties in de thuiszorg) hebben wij als definitie van ‘oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen’ gehanteerd: ‘*het opzettelijk of onopzettelijk aanwenden van AWBZ-middelen buiten de grenzen die de wet, regelgeving of daartoe bevoegde instanties¹ stellen*’.

Het kwantitatieve onderzoek naar onderzoeksvraag 2 is uitgevoerd door middel van een enquête, uitgezet bij 10 thuiszorginstellingen. Ook is nagegaan wat de achtergronden geweest zijn van 41 thuiszorginstellingen, die hadden aangegeven geen cliënten te hebben zonder indicatie. Na ontvangst van de enquêteresultaten zijn deze besproken met de instellingen, alsmede met enige betrokken RIO’s en zorgkantoren. Wij spreken ons niet uit over de (on)rechtmatigheid van de gevallen waarin wij geen volledig geldig RIO-indicatiebesluit aangetroffen hebben.

¹ Het begrip ‘daartoe bevoegde instanties’ wordt verder uitgewerkt in de Inleiding van dit rapport.

De doorlooptijd² en het karakter van het onderzoek naar mogelijk oneigenlijk gebruik maken dit een onderzoek op hoofdlijnen. Het onderzoek naar de achtergronden en oorzaken van het aantal ongeïndiceerden in de thuiszorg is meer gedetailleerd van aard geweest. Dat onderzoek is op basis van een statistische benadering gericht geweest op aard en achtergrond van de redenen van niet aanwezigheid van geldige indicaties.

Het onderzoek is nadrukkelijk geen fraudeonderzoek geweest. Alle gesprekken zijn op basis van vertrouwelijkheid gevoerd. Alleen de namen van de geïnterviewde koepelorganisaties³ en bij wet ingestelde colleges⁴ worden in dit rapport vermeld. In overleg met de Begeleidingscommissie hebben wij in het rapport tevens beschrijvingen gegeven van het systeem van de AWBZ om aan te geven hoe de dynamiek van de huidige structuur uitwerkt⁵. Daar waar relevant wordt tevens de historische context geschetst.

Onderstaande samenvatting en conclusies behoeven op drie manieren nuancering:

- In de AWBZ ligt het primaat bij de zorg die wordt verleend aan cliënten en patiënten. De zorgverlening staat voorop, zowel bij de zorgverleners als de zorgkantoren die deze zorg inkopen. Hoewel wij in het rapport enige kanttekeningen plaatsen bij het systeem van en de dynamiek in de AWBZ, hebben wij AWBZ-breed de motivatie van velen ervaren, namelijk de continuïteit van goede zorgverlening. Met andere woorden: de conclusie dat er een aantal imperfecties bestaat brengt niet automatisch mee dat wij niet tevens hebben geconstateerd dat een groot aantal factoren binnen de AWBZ wel degelijk goed functioneert, waaronder in de eerste plaats de bij alle partijen gevoelde noodzaak om een goede invulling aan de zorgbehoefte te geven.
- In de tweede plaats dienen de conclusies te worden gelezen in samenhang met de opmerkingen die wij plaatsen in het rapport met betrekking tot de historische en politieke context alsmede met de overige nuancerings die wij plaatsen bij de uitwerking en onderbouwing van de conclusies.
- In de derde plaats is het onderzoek uitgevoerd op hoofdlijnen, waarbij wij hebben gekeken naar structuren, het systeem en de keten. Als gevolg hiervan worden slechts de hoofdlijnen aangegeven van in het veld gesignaleerde tendensen en voor zover die op grote schaal zouden voorkomen.

² Het onderzoek is uitgevoerd in mei en juni 2004 en is afgerond op 30 juni 2004.

³ LVT, Arcares, GGZ Nederland, VGN, BTN, ZN, LVH, Per Saldo, NVZ (en LVIO).

⁴ CVZ, CTZ, CTG.

⁵ Zoals financieringsstromen, PGB, transmurale projecten, indicatiestelling, toelatingscriteria et cetera.

De hieronder weergegeven conclusies bevatten op geaggregeerd niveau antwoorden op de onderzoeksvragen. De hoofdstukindeling volgt de hoofdconclusies en niet de onderzoeksvragen.

Hoofdconclusies en samenvatting van Hoofdstuk 1

Het gebruik van AWBZ-middelen

Hoofdconclusies

Wij hebben in ons onderzoek op hoofdlijnen geen oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen op grote schaal geconstateerd. De onderzochte gedragingen vallen binnen de grenzen die wet- en regelgeving stellen of binnen de kaders van afspraken met ketenpartijen. Wel zijn de grenzen waarbinnen instellingen en zorgkantoren moeten opereren vaak ruim of voor meerdere uitleg of gebruik vatbaar. Wij doen geen uitspraak over de onrechtmatigheid van non-indicatie in de thuiszorgsector. Wel stellen wij vast dat het systeem van indicatiestelling in de thuiszorg niet goed gefunctioneerd heeft.

Wij hebben drie terreinen nader onderzocht:

1. Non-indicaties in de thuiszorg (Deloitte):

- Dossieronderzoek naar indicaties levert een zeer diffuus beeld op, de kwaliteit van de aangeleverde informatie is niet zelden onder de maat.
- Het rapport van de Taskforce RIO's geeft een schatting van 150.000 niet-geïndiceerden; na publicatie van het rapport is dit verhoogd tot circa 160.000.
- Bij nader onderzoek blijkt hiervan 28% (circa 44.000 gevallen) toch een geldige indicatie te hebben en 4% minder dan één maand zorg te ontvangen op de peildatum (circa 6.000 van de gevallen) en valt daarmee buiten de scope van het onderzoek.
- Het aantal van de resterend 110.000 gevallen niet-geïndiceerden moet vervolgens weer naar boven worden bijgesteld, doordat een door ons niet exact aan te geven aantal instellingen ten onrechte heeft opgegeven geen cliënten zonder indicatie te hebben, en doordat de vraagstelling van de Taskforce interpretatieruimte laat.
- De drie belangrijkste oorzaken van non-indicatie zijn: in 35% van de gevallen geeft de thuiszorginstelling aan geen oorzaak op cliëntniveau te kunnen aangeven. Blijkbaar wordt niet systematisch op de aanwezigheid van (volledig geldige) indicatiebesluiten gecontroleerd. In 28% van de gevallen ontving de cliënt al zorg voordat het betreffende RIO operationeel was; in tenminste 11% van de gevallen valt de toegenomen zorgzwaarte onder regionale bandbreedteafspraken.
- Cliënten die onder bandbreedteafspraken vallen, komen overigens ook in een aantal van de overige genoemde oorzaakcategorieën voor. 9 op de 10 onderzochte instellingen heeft dit soort afspraken gemaakt met RIO en/of zorgkantoor; dit lijkt een wijdverbreid fenomeen te zijn.
- Zonder gericht onderzoek te hebben gedaan naar het indicatiesysteem zelf, moet worden vastgesteld dat het indicatiesysteem in de thuiszorg de afgelopen jaren niet goed heeft gefunctioneerd, getuige het zeer grote aantal cliënten waarvan het indicatiebesluit niet meer geldig is dan wel niet (volledig) aansluit met de geleverde zorg. Alle regionale partijen (thuiszorginstelling, RIO en zorgkantoor) waren van de praktische problemen in het indicatiesysteem op de hoogte. Het lijkt er op dat deze situatie werd gedoogd.

2. Persoonsgebonden budget:
 - Constateerbaar oneigenlijk gebruik van het PGB lijkt op basis van zeer indicatieve schattingen beperkt te blijven tot enkele procenten.
 - Een relatief groot aantal budgethouders blijkt na aanmaning geen verantwoordingsformulieren te versturen naar de zorgkantoren.
 - Om druk op het maatschappelijk draagvlak te voorkomen, bevelen wij aan onderzoek te doen naar het gebruik van het PGB nieuwe stijl.
3. Transmurale projecten: hierbij hebben wij geen oneigenlijk gebruik op grote schaal aangetroffen.

Samenvatting

Wij hebben op kwalitatieve wijze en op hoofdlijnen onderzocht of oneigenlijk gebruik op grote schaal⁶ voorkomt aan de vraagzijde, de aanbodzijde en langs of over de ‘randen’ van de AWBZ⁷. Wij hebben niet geconstateerd dat dit op grote schaal geschiedt.

Nadrukkelijk merken wij op dat wij alleen de vraag hebben onderzocht of oneigenlijk gebruik op grote schaal voorkomt. Uit de conclusie dat wij dit niet hebben geconstateerd kan en mag niet de conclusie worden getrokken dat wij dus wel op kleine schaal oneigenlijk gebruik zouden hebben geconstateerd. Hiernaar hebben wij geen onderzoek gedaan en wij hebben dit dan ook niet kunnen constateren (paragraaf 1.1).

Verreweg de meeste gedragingen binnen de AWBZ, ook die door sommigen wellicht als ‘oneigenlijk’ worden bestempeld, vallen binnen de grenzen die wet- en regelgeving⁸ stellen of binnen de afspraken tussen instellingen en zorgkantoren. Wel signaleren wij op veel terreinen aanzienlijke ruimte om de regels te kunnen interpreteren. Soms lijkt de wetgever hiervoor bewust te hebben gekozen⁹, soms ligt hieraan ten grondslag dat verschillende partijen deels afwijkende uitleg lijken te geven over de regelgeving¹⁰. Dit vergroot de duidelijkheid over de grenzen, en dus de mogelijkheden van ‘eigenlijk gebruik’, niet. In dergelijke gevallen hanteren wij voor dit onderzoek als stelregel dat het gebruik niet oneigenlijk is, zolang het niet duidelijk buiten de ruimst aangegeven toepassing valt.

Wij geven aan de hand van vier voorbeelden aan hoe aanwending van AWBZ-middelen eigenlijk te noemen is, ook al kan die aanwending door sommigen op

⁶ In de zin dat er sprake is of lijkt te zijn van het op structurele basis door meerdere partijen in de AWBZ oneigenlijk kunnen gebruiken van AWBZ-middelen.

⁷ Dat wil zeggen door overlap met andere zorg- of welzijnsregelingen, onderwijs en reïntegratie en/of het tweede compartiment.

⁸ Inclusief CTG-beleidsregels en circulaire.

⁹ Bijvoorbeeld bij de functieomschrijvingen OB en AB.

¹⁰ Bijvoorbeeld bij de vraag of voor het product AIV een indicatie vereist is.

het eerste gezicht als ‘oneigenlijk’ worden bestempeld. De vier voorbeelden betreffen:

- De mogelijkheid dat prijsverschillen van 62% tot 173% kunnen bestaan bij gelijke RIO-indicatie.
- Verschillende uitleg, althans schijnbaar, door regelgevende instanties van het product AIV.
- Onzekerheid bij een zorgkantoor over de uitleg van een bepaalde CTG-Beleidsregel.
- Bewust gekozen ruime interpretatiemogelijkheden bij de functies OB en AB.

De middelen die in het kader van de AWBZ-verzekerde zorg worden aangewend vallen derhalve over het algemeen binnen de wettelijke begrenzing of daar tegenaan, juist ook omdat de grenzen van het gebruik lang niet altijd eenduidig zijn (Paragraaf 1.2).

Enige terreinen die wij in het bijzonder hebben onderzocht zijn:

- Non-indicaties in de thuiszorg (Paragraaf 1.3).
- Het Persoonsgebonden Budget (Paragraaf 1.4).
- Substitutie van het tweede naar het eerste compartiment (Paragraaf 1.5).

Non-indicaties in de thuiszorg

Het onderzoek naar non-indicaties in de thuiszorg strekt zich uit over de periode van vóór 1997 tot en met 2003. De belangrijkste conclusies van het onderzoek naar het niet-aanwezig zijn van volledig geldige (RIO-)indicatiebesluiten zijn:

112 thuiszorginstellingen hebben ruim 160.000 cliënten (circa 40% van het totale aantal mensen met thuiszorg) aangeleverd aan de Taskforce RIO's, waarvan het risico bestaat dat het indicatiebesluit niet (volledig) overeenstemt met de werkelijk geleverde zorg¹¹ dan wel dat er in het geheel geen indicatiebesluit aanwezig is. Bij nader onderzoek blijken in totaal circa 110.000 cliënten niet over een volledig geldig RIO-indicatiebesluit te beschikken. In dit onderzoek is vastgesteld dat instellingen niet álle daarvoor in aanmerking komende cliënten aan de Taskforce hebben gemeld. Zo is gebleken dat een aantal grote(re) instellingen die eerder geen gegevens aan de Taskforce had aangeleverd, dit ten onrechte niet heeft gedaan (zie alinea hierna). Een aantal instellingen die wél gegevens heeft aangeleverd, blijkt cliënten, die onder een ‘bandbreedteafspraken’ vielen, niet gemeld te hebben. Zij hebben deze interpretatie gevolgd na overleg met de Taskforce. De omvang van deze onvolledigheid hebben wij, gelet op de opdrachtformulering van dit onderzoek, niet nader gekwantificeerd.

¹¹ In het rapport van HHM wordt gesproken van circa 150.000 cliënten; na afronding van het onderzoek zijn nog nieuwe data binnengekomen, leidend tot een totaal van ruim 160.000 cliënten.

De correctie op het eerder door de Taskforce gevonden aantal van ruim 160.000 cliënten zonder indicatiebesluit komt voort uit cliëntinformatie bij thuiszorginstellingen; circa 28% van de aangeleverde cliënten blijkt na nader onderzoek wél over een geldig indicatiebesluit te beschikken. Daarnaast hebben thuiszorginstellingen in een beperkt aantal gevallen achteraf vastgesteld dat niet alle aangeleverde cliënten op peildatum (per 31 december 2003) al één maand in zorg waren (circa 4% van de totale populatie). Deze categorie van cliënten had niet in het bestand, dat zij gemeld hebben aan de Taskforce, opgenomen behoeven te worden. Belangrijkste reden die instellingen aanvoeren voor deze correcties, is dat zij de opgave aan de Taskforce, veelal op basis van niet volledige (centraal) beschikbare gegevens, niet binnen de gestelde tijd op een adequate wijze hebben kunnen uitvoeren.

Als oorzaken van het niet-aanwezig zijn van geldige indicatiebesluiten voor de genoemde circa 110.000 cliënten kunnen worden genoemd:

- Cliënten blijken niet over een geldig RIO-indicatiebesluit te beschikken, omdat zij reeds zorg ontvingen vóór de invoering van het Zorgindicatiebesluit (ZIB) per 1 januari 1998 (circa 18%) en er nog geen RIO's waren, dan wel omdat het desbetreffende Regionaal Indicatieorgaan pas (veel) later na 1 januari 1998 operationeel is geworden (circa 10%). In beide situaties geven de thuiszorginstellingen aan dat de zorgbehoefte van de cliënten na startdatum eerste zorgverlening niet is verhoogd dan wel dat de veranderde (veelal toegenomen) zorgbehoefte valt binnen de bandbreedteafspraken die thuiszorginstellingen met RIO's hebben gemaakt.
- De meeste in ons onderzoek betrokken thuiszorginstellingen hebben bandbreedteafspraken gemaakt met het RIO, in een aantal gevallen met medeweten dan wel instemming van het zorgkantoor. Instellingen geven zelf aan dat dit in circa 11% van de gevallen de oorzaak van een niet-volledig geldig indicatiebesluit is.
- RIO's kunnen de stroom van herindicaties van cliënten die reeds in zorg zijn niet aan en geven de voorkeur aan nieuwe cliënten (circa 9%). Een aantal RIO's geeft aan sinds het onderzoek van de Taskforce RIO's begin dit jaar - ook voor nieuwe gevallen - geen herindicatiebesluiten af te geven, in afwachting van aanvullende richtlijnen van het Ministerie van VWS of het CIZ.
- De indicatiebesluiten zijn na de peildatum (31 december 2003) afgegeven dan wel na die datum door de thuiszorginstelling bij het RIO aangevraagd, maar nog niet ontvangen (13%).
- In circa 4% van de gevallen kon niet worden vastgesteld wat de geldigheidsduur was van het indicatiebesluit. Formeel gesproken is dan volgens het ZIB sprake van een niet geldig indicatiebesluit.
- Thuiszorginstellingen geven aan dat zij in een relatief groot aantal gevallen, gemiddeld circa 35%, op cliëntniveau niet kunnen aangeven wat de oorzaak is voor het niet-aanwezig zijn van een geldig RIO-indicatiebesluit. Belangrijke

reden hiervoor is dat blijkbaar niet systematisch op de aanwezigheid van (volledig) geldige indicatiebesluiten wordt gecontroleerd. In dit verband geeft een aantal RIO's aan geen besluiten in geval van herindicaties af te geven, in afwachting van nadere richtlijnen van VWS, Taskforce dan wel CIZ.

De hoeveelheid zorg en het financiële volume ervan dat door thuiszorginstellingen wordt verleend per 10.000 cliënten, zonder dat daaraan een (volledig) geldig indicatiebesluit ten grondslag ligt, lijkt te liggen rond ruim 34.000 uur zorg per week, waarvan de (maximale) declaratiewaarde van de thuiszorginstellingen aan de zorgkantoren overeenkomt met circa €1,1 miljoen. Let wel: om een uitspraak te kunnen doen over het deel daarvan dat als onrechtmatig dient te worden gekwalificeerd is het noodzakelijk dat eerst van elke in dit rapport genoemde oorzaak wordt aangegeven of deze al dan niet een (rechts)geldige reden vormt voor het leveren van zorg. Naar onze mening kan zonder die kwalificatie niet de conclusie getrokken worden dat sprake is van oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen ter hoogte van genoemd bedrag.

38 thuiszorginstellingen hebben geen gegevens aan de Taskforce RIO's aangeleverd, omdat zij naar hun oordeel volgens de vraagstelling van de Taskforce geen thuiszorg leverden aan cliënten zonder een geldig indicatiebesluit. Navraag bij een achttal instellingen heeft dit beeld deels bevestigd. De groep van 38 instellingen blijkt deels te bestaan uit relatief kleinere, particuliere thuiszorginstellingen, die in een aantal gevallen pas relatief korte tijd operationeel zijn. Zij blijken veelal zorg te verlenen aan particulieren die niet in aanmerking komen voor zorgindicatie en daarom de zorg ook zelf betalen dan wel aan cliënten met een PGB. In de overige gevallen geven zij aan via korte lijnen een relatie te onderhouden met het RIO, zodat de indicatiebesluiten beschikbaar zijn. Daarnaast blijkt de groep te bestaan uit een aantal grote(re) reguliere thuiszorginstellingen, die aangeven ten onrechte geen gegevens aan de Taskforce RIO's te hebben aangeleverd. De omvang hiervan is niet te schatten, omdat hiernaar gelet op de opdrachtformulering van dit onderzoek geen gericht onderzoek is gedaan.

Het Persoonsgebonden Budget

Circa 63.000 mensen maken gebruik van een PGB. Deze zijn onder te verdelen in de groep die gebruikmaakt van PGB 'oude stijl' (bijna 27.000 cliënten) en de groep die valt onder PGB 'nieuwe stijl' (ruim 36.000 cliënten)¹². Op basis van uiterst indicatieve schattingen lijkt het controleerbaar oneigenlijk gebruik van PGB oude stijl beperkt te zijn tot 1 à 2% en het controleerbaar oneigenlijk gebruik van PGB nieuwe stijl van 1 tot 5%¹³.

De nieuwe regeling kent een grotere vrijheid en verantwoordelijkheid voor de budgethouder. In de praktijk lijkt het (on)eigenlijk gebruik van PGB soms

¹² Cijfers CVZ, stand van zaken per 1 mei 2004.

¹³ Beide inschattingen zijn uiterst indicatief, gebaseerd op zeer beperkt onderzoek.

vertroebeld te worden door de moeite die veel budgethouders hebben met het administratieve systeem. De ervaringen met de nieuwe regeling zijn evenwel nog beperkt. Wel kan nu al het volgende worden geconstateerd:

- Een relatief groot aantal (17,7%) van de verantwoordingsformulieren wordt niet naar het zorgkantoor verstuurd na twee herhalingsverzoeken. Vooral nog is onduidelijk in hoeverre dit zich laat verklaren door overlijden, opname, een te grote administratieve druk of door mogelijk oneigenlijk gebruik. Bij het na aanmaning niet sturen van de formulieren komt het PGB te vervallen en dient terugvordering plaats te vinden.
- Op basis van een steekproef lijkt circa 3,7% van de incasso-opdrachten die het SVB uitvoert te mislukken als gevolg van saldo tekort. Over de *oorzaken* van dit saldo tekort kunnen wij geen uitspraken doen.

Controle door zorgkantoren op de nieuwe regeling lijkt voornamelijk op beperkte schaal plaats te vinden, waarbij de mogelijkheden tot het aantreffen van oneigenlijk gebruik bovendien beperkt zijn. Bij instandhouding van het huidige systeem dient aanvaard te worden dat zich veel buiten het gezichtsveld afspeelt en de controlemogelijkheden PGB-breed (zeer) beperkt blijven.

Wij signaleren enige (politieke) sensitiviteit wanneer het gebruik van PGB ter discussie wordt gesteld. Hoewel wij hiervoor begrip kunnen hebben, adviseren wij niettemin op korte termijn gericht onderzoek te laten doen naar vermeend (on)eigenlijk gebruik van PGB nieuwe stijl en mogelijkheden om dit te voorkomen, juist omdat het maatschappelijk draagvlak voor het PGB onder druk kan komen te staan indien (incidenten van) oneigenlijk gebruik in de publiciteit komen.

Substitutie van het tweede naar het eerste compartiment

Onder ‘substitutie’ verstaan we in dit onderzoek het aanwenden van AWBZ-middelen, daar waar dit ook zou kunnen of juist zou moeten worden gefinancierd vanuit het tweede compartiment.

Substitutie kan zich in theorie onder meer voordoen bij transmurale projecten¹⁴. Patiënten worden daarbij ‘overgenomen’ door AWBZ-instellingen in plaats van te worden behandeld door ziekenhuizen en/of medisch specialisten. AWBZ-middelen lijken hierbij niet op grote schaal oneigenlijk te worden gebruikt. Het CTZ heeft onderzoek gedaan naar een specifieke casus¹⁵ en daarbij criteria gehanteerd voor AWBZ-verzekerde zorg die over het algemeen door het veld worden herkend¹⁶. Er lijkt geen sprake van een wezenlijk risico voor financiering uit zowel de AWBZ als het tweede compartiment voor dezelfde zorg. Weliswaar

¹⁴ Een korte beschrijving van het fenomeen ‘transmurale projecten’ is opgenomen in het rapport.

¹⁵ Het meerbesproken diabetesproject in Zuid-Limburg.

¹⁶ De belangrijkste criteria zijn onder wiens verantwoordelijkheid de zorg wordt verricht en de plaats waar de zorg wordt geleverd.

kunnen op macroniveau de kosten stijgen door transmurale projecten, maar dit komt dan door de omstandigheid dat meer zorg wordt geleverd aan meer patiënten (in geval van ziektebeelden waarvoor wachtlijsten zijn), in plaats van dat ‘dubbele financiering’ zou plaatsvinden. Veel geïnterviewden geven aan dat het stelsel van twee financieringsstromen goed ‘disease management’ in de weg staat.

Substitutie kan zich ook voordoen bij de inzet van wijkverpleegkundigen als praktijkverpleegkundigen bij de huisarts. Ook hier lijkt evenwel geen sprake te zijn van oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen op grote schaal. Transparantie over de financiering lijkt binnen deze zorgketen overigens veelal te ontbreken.

Buiten het onderzoek naar de vraag of oneigenlijk gebruik voorkomt in de AWBZ, is in het onderzoek ook gekeken naar de rol van de ketenpartijen. Hiertoe beschouwen wij (in het kader van dit onderzoek) naast RIO's, zorgkantoren en instellingen tevens VWS, het CVZ, CTZ en CTG. De rollen die deze partijen spelen, dienen te worden gezien in de context van de plaats die de AWBZ inneemt in het vigerende systeem van zorg en welzijn in Nederland, alsmede te worden beschouwd in het licht van de dynamiek tussen de AWBZ-partijen binnen het stelsel. Deze aspecten behandelen wij in de hoofdstukken 2, 3 en 4.

Hoofdconclusie en samenvatting van Hoofdstuk 2

De positionering van de AWBZ

Hoofdconclusie

De wettelijke begrenzing van de AWBZ alsmede de perceptie bij partijen in het veld van zorg en welzijn brengen mee dat de AWBZ is gepositioneerd als een vangnet voor zorg en in zekere zin ook welzijn, zowel ten opzichte van aanpalende terreinen¹⁷ als binnen het systeem. Dit ziet men onder andere terug in de herkomst van nieuwe AWBZ-instellingen (27% komt uit de welzijnssector) en de functies waarvoor (nieuwe) aanbieders een toelating aanvragen (in meerderheid AB en OB).

Samenvatting

Sinds de inwerkingtreding in 1967 is de AWBZ veranderd van een regeling voor onverzekerbare, langdurige risico's tot een meer algemene regeling die gerelateerd is aan zorg, wonen en welzijn. Dit uit zich onder meer in de wetgeving, waarin de AWBZ een 'voorrangspositie' inkleedt ten opzichte van de Ziekenfondswet en (delen van) de Welzijnswet. Hoewel ook binnen de AWBZ geregeld is dat zogenaamde voorliggende voorzieningen voorgaan, is het vaak de praktijk dat de AWBZ als primaire financiering geldt bij twijfelgevallen, althans dat hierop een beroep wordt gedaan (Paragraaf 2.1).

Daarnaast is de invulling van de aanspraken van de AWBZ gaandeweg ruimer geworden, in de richting van een regeling die veel meer dan onverzekerbare en langdurige risico's ondervangt. De afgelopen jaren hebben bovendien politieke prioriteiten niet zozeer gelegen in indamming van de grenzen van de AWBZ, als wel tot andere over het algemeen geslaagde aspecten, zoals het leggen van de focus bij de zorgvrager, het verminderen van wachtlijsten, extramuralisatie en het creëren van marktwerking.

De AWBZ is thans zodanig gepositioneerd, dat in de perceptie van veel partijen in de zorg bij samenloop met andere regelingen de financiering door de AWBZ voorgaat. Vanuit zorginstellingen wordt vaak ondersteuning geleverd die nadrukkelijk welzijns- en soms sociale zekerheidselementen bevat (Paragraaf 2.2).

Deze positionering van de AWBZ wordt verduidelijkt als men kijkt naar de aanvragen tot toelating tot de AWBZ, mede als gevolg van de ruimte die toelatingscriteria en sommige functieomschrijvingen (bewust) bieden voor bestaande en nieuw toetredende instellingen. Wij signaleren hier een relatief groot aantal (27%) aanvragen van instellingen met herkomst uit de welzijnssector¹⁸

¹⁷ Zoals welzijn, wonen, sociale zekerheid, gemeentelijke opvang, onderwijs en het tweede compartiment.

¹⁸ Hieronder wordt verstaan Maatschappelijke dienstverlening, opvang of werk (14%) en Welzijnsvoorzieningen inclusief logies, daklozen- en verslavingszorg (13%); onderverdeling CVZ.

(Paragraaf 2.3). Aanvragen voor toelatingen betreffen in meerderheid de functies OB en AB (respectievelijk 73 en 65%), die dicht tegen welzijnsactiviteiten aanliggen (Paragraaf 2.4).

Hoofdconclusies en samenvatting van Hoofdstuk 3

Enige kostenopdrijvende factoren

Hoofdconclusie

Een aantal kostenopdrijvende factoren komt voort uit de dynamiek en het systeem van de AWBZ. De door ons onderzochte factoren zijn:

- Het door marktwerking en bezuinigingsmaatregelen ingegeven gedrag van aanbieders dat gericht is op optimale benutting van de regelgeving, hetgeen voortkomt uit het streven naar vergroting van de financiële armslag.
- Het door het streven naar continuïteit van de zorgverlening ingegeven gedrag van sommige ketenpartijen, waaronder zorgkantoren, om zorginstellingen soms te ondersteunen en te faciliteren.
- De moeilijkheid om eventuele ‘te ruime’ indicaties binnen het systeem te signaleren en te corrigeren, daar waar deze mogelijkheid bij ‘te krappe’ indicaties wel aanwezig is.

Samenvatting

Wij beschrijven in dit hoofdstuk drie factoren die alle op hun beurt kostenopdrijvend kunnen werken. Deze zijn niet als zodanig meteen duidelijk herkenbare kostenopdrijvende factoren, zoals salarisstijgingen, toename van aantallen indicaties, beleid gericht op aanpak van de wachtlijsten, zorgvernieuwingsprojecten en dergelijke. Die aspecten vallen buiten de opzet van dit onderzoek. Wij hebben veeleer gekeken naar factoren die voortkomen uit de dynamiek tussen partijen en het systeem van de AWBZ. Het is de mening van veel geïnterviewde partijen, dat deze factoren bijdragen aan stijging van de uitgaven als zodanig. Wij trekken geen kwantitatieve conclusies bij deze constatering. Evenzeer merken wij op dat deze factoren geen oneigenlijk gebruik meebrengen.

Eén van de factoren is het door marktwerking en bezuinigingsmaatregelen ingegeven gedrag van aanbieders dat gericht is op optimale benutting van de regelgeving, hetgeen voortkomt uit het streven naar vergroting van de financiële armslag¹⁹ (Paragraaf 3.1).

Instellingen zijn primair gericht op het zo goed mogelijk leveren van zorg. Niettemin vertonen de meeste instellingen tevens gedrag dat bestaat uit optimale

¹⁹ Deze formulering is deels ontleend aan formuleringen die enkele brancheverenigingen hanteren in correspondenties met hun leden.

benutting van de regelgeving. Dit gedrag lijkt wijdverbreid en komt neer op het al dan niet creatief opzoeken van de randen van de wettelijke declaratiemogelijkheden. Het gedrag lijkt voort te komen uit een onzeker gevoel over de toekomst, waarbij partijen onder meer wijzen naar de wijzigingen in het beleid van VWS en druk op de exploitatie. De modernisering van de AWBZ heeft over het algemeen niet geleid tot een kritische blik op het eigen dienstenpakket, maar veeleer tot het onderbrengen van dit pakket in de nieuwe financiële parameters.

Wij benadrukken dat wij het gedrag van instellingen niet als zodanig oneigenlijk vinden, daar zij binnen de wettelijke kaders vallen, althans in de ruimte die deze laten.

Oorzaken van dit gedrag zijn onder meer:

- Optimalisatie gedrag is eigen aan iedere organisatie.
- Het creëren van marktwerking tussen aanbieders stimuleert grenzen opzoekend gedrag en legitimeert dit in zekere zin ook.
- Partijen noemen het beleid van VWS onstuimig en in sommige gevallen inadequaat, en dekken zich in tegen nieuwe maatregelen of reageren op reeds doorgevoerde maatregelen.
- Aangezien de randen van de wettelijke mogelijkheden soms onduidelijk en aan verandering onderhevig zijn, zijn er telkens nieuwe mogelijkheden deze op te zoeken.
- In sommige sectoren (met name genoemd is gehandicaptenzorg) zien aanbieders hun 'strategisch gedrag' gerechtvaardigd doordat nieuwe toetredende instellingen 'de krenten uit de pap' zouden halen.
- In veel gevallen staat de zorg voor de cliënt voorop en is het (soms) ondergeschikte neveneffect dat daar een maximaal gebruik van AWBZ-gelden uit voortvloeit. Daarbij worden de grenzen met welzijn, wonen en onderwijs in het belang van de cliënt soms overschreden.

Koepelorganisaties kunnen in voorkomende gevallen dergelijk gedrag stimuleren. Wij zijn hiervan twee concrete gevallen tegengekomen, één van LVT (thuiszorg), het andere van Arcares (V&V), waarbij deze koepels aan hun leden suggesties geven voor het optimaal benutten van de regelgeving. In Bijlage 5 en 6 bij dit rapport zijn twee brieven met dergelijke suggesties opgenomen; in het rapport zelf zijn toelichtingen van de betreffende koepels op deze brieven weergegeven. In één geval is sprake van een suggestie die niet conform de CTG-Beleidsregels is.

In het rapport bespreken wij voorts per sector enige van de bedoelde gedragingen, voor zover ze op grote schaal lijken voor te komen.

Een tweede factor is het door het streven naar continuïteit van de zorgverlening ingegeven gedrag van sommige ketenpartijen, waaronder zorgkantoren, om zorginstellingen soms te ondersteunen en te faciliteren (Paragraaf 3.2).

In de zorg bestaat een begrijpelijk streven naar continuïteit van zorginstellingen, gelet op het kunnen blijven vervullen van de zorgbehoefte en de zorg voor eigen personeel. Zeker bij marktwerking en bezuinigingsmaatregelen wordt continuïteit een belangrijke doelstelling voor instellingen.

Wij signaleren op beleidsniveau (VWS, CTG), maar ook op uitvoerend niveau (zorgkantoren) regels en gedragingen die instellingen (kunnen) ondersteunen en soms pro-actief faciliteren.

Zorgkantoren hebben daarbij enerzijds de taak om voldoende zorg in te kopen, anderzijds moeten zij dit op doelmatige wijze doen. Dit leidt soms tot een bestuurlijke spagaat voor zorgkantoren, waarbij keuzes moeten worden gemaakt. Soms zijn zorgkantoren meer gericht op het binnen redelijke budgettaire kaders invullen van de zorgplicht en denken zorgkantoren daarom soms actief mee met instellingen om tegenslagen en bezuinigingsmaatregelen te ondervangen (binnen de wettelijke kaders). De behoefte aan continuïteit van zorg vertaalt zich daarmee vaak in de behoefte aan continuïteit van zorgaanbieders, waarmee dit als doel op zichzelf verwordt. Dit is meer waarneembaar in sectoren waarin aanbodschaarste voorkomt of waarin dominante partijen opereren.

Wij benadrukken dat wij dit gedrag evenmin als zodanig oneigenlijk vinden, omdat dit lijkt te geschieden binnen de kaders van wet- en regelgeving. In het rapport geven wij enige voorbeelden van pro-actieve, ondersteunende en soms zelfs beleidsmitigerende maatregelen van zorgkantoren. Opmerking verdient daarbij dat tussen zorgkantoren aanzienlijke verschillen bestaan, waarbij sommige echt veel restrictiever beleid voeren dan andere. Weer andere zorgkantoren grijpen financiële problemen bij instellingen aan om te sturen op veranderingen in management of operationele werkwijze.

Een derde factor is de moeilijkheid om eventuele ‘te ruime’ indicaties binnen het systeem te signaleren en te corrigeren, daar waar deze mogelijkheid bij ‘te krappe’ indicaties wel aanwezig is (Paragraaf 3.3).

Sommige partijen (waaronder instellingen) noemen ‘te ruime indicatiestelling’ een wezenlijk kostenopdrijvend aspect in de AWBZ, al valt hiervoor geen hard bewijs te leveren. Dit komt alleen al vanwege het feit dat bij afwezigheid van een normatief kader, geen eenduidige invulling is te geven aan het begrip ‘te ruime’ of ‘te krappe’ indicatie. Er is niettemin de perceptie bij zorgkantoren en sommige instellingen dat er RIO’s zijn die te ruim indiceren, met name in bepaalde

sectoren²⁰. Daarnaast legt een aantal RIO's geen adviezen voor bezwaar voor aan het CVZ²¹, hetgeen zou kunnen duiden op afwezigheid van (ongegrond verklarende) bezwaarschriften. In de praktijk lijkt het erop dat deze RIO's over het algemeen alternatieve procedures hebben ontwikkeld, al bestaat soms ook het vermoeden dat ongegrond verklarende bezwaarschriften bij sommige RIO's nauwelijks voorkomen. Nader onderzoek hiernaar is geboden.

'Te ruime' indicaties, indien ze inderdaad voorkomen, leiden tot 'geautoriseerd' oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen. Het systeem kent te weinig mogelijkheden om deze indicaties te signaleren en zonodig te corrigeren. Bij te krappe indicaties is dit wel mogelijk door middel van het instellen van bezwaar en beroep. Andere ketenpartijen dan RIO's voelen zich over het algemeen niet verantwoordelijk voor signalering en correctie bij geconstateerde 'ruime' indicaties. Door de vorming van het CIZ en de daarmee gepaard gaande protocollering kan verbetering worden verwacht in de verschillen tussen indicaties.

Hoofdconclusie en samenvatting van Hoofdstuk 4

De balans tussen AWBZ-partijen

Hoofdconclusie

De structuur van de AWBZ brengt mee dat een structurele inbedding van balans tussen AWBZ-partijen, meer in het bijzonder tussen zorginkoop en zorgverlening afwezig is. Dit uit zich onder meer in afwezigheid van verantwoordelijkheid voor uitgavenbeheersing, versnipperd toezicht over de AWBZ als totaal dat onder andere beperkingen kent door gebrekkige financiële transparantie en de afwezigheid van countervailing power van het zorgkantoor tegenover de instellingen. VWS is de enige partij die hieraan tegenwerking kan bieden en doet dit door het nemen van budgetbeperkende maatregelen, welke worden uitgevoerd door het CTG.

Samenvatting

In Hoofdstukken 2 en 3 hebben wij geconstateerd dat de AWBZ kwetsbaar is voor druk vanuit andere regelingen en dat er enige kostenopdrijvende factoren in het systeem en de dynamiek verscholen zitten. In Hoofdstuk 4 bespreken wij de (afwezigheid) van de structurele inbedding van een balans tussen AWBZ-partijen, die hier tegenwicht aan zou kunnen bieden. Deze balans blijkt niet structureel ingebed in het systeem van de AWBZ. Enige factoren die hierbij van belang zijn worden in dit hoofdstuk beschreven.

De verantwoordelijkheid voor uitgavenbeheersing in de cliëntketen ontbreekt goeddeels. Cliënten zijn primair gericht op een optimale dienstverlening en voelen

²⁰ Met name genoemd zijn bepaalde functies in GGZ (RIBW) en Gehandicaptenzorg.

²¹ Hoewel ze hiertoe op grond van de AWBZ bij ongegrondverklaring verplicht zijn.

deze verantwoordelijkheid niet. De prikkel van de eigen bijdrage werkt uitsluitend voor zover deze bij toenemende zorg inderdaad tot een hogere eigen bijdrage leidt, hetgeen niet voorkomt indien de cliënt de maximum eigen bijdrage betaalt. RIO's en zorginstellingen hebben geen verantwoordelijkheid voor uitgavenbeheersing, voor zover deze wel zo wordt gevoeld berust deze op eigen invulling van de (maatschappelijke) verantwoordelijkheid. Instellingen hebben soms zelfs een negatieve prikkel. Zorgkantoren zitten vaak gevangen tussen de zorgplicht en de plicht om doelmatig en rechtmatig in te kopen. Zoals ook al eerder geconstateerd lijkt kostenbeheersing daarbij voor zorgkantoren (ook door de nadruk op het wegwerken van wachtlijsten) soms op een tweede plaats te komen (Paragraaf 4.1).

Het toezicht is verdeeld over meerdere, niet intrinsiek in samenhang opererende partijen. Het toezicht van CTZ is voornamelijk gericht op zorgkantoren en slechts indirect op instellingen. Het CTG heeft bevoegdheden om beleidsregels op te stellen omtrent aanwending van AWBZ-middelen. De wet biedt het CVZ nauwelijks criteria om toelating van instellingen tot de AWBZ tegen te gaan²². Accountants spelen nog slechts een voorzichtige rol bij het verbeteren van toezicht op de productie²³ (paragraaf 4.2).

De countervailing power van zorgkantoren ten opzichte van instellingen is soms niet goed genoeg ontwikkeld. In het rapport staan enige voorbeelden hiervan genoemd (Paragraaf 4.3). In algemene zin is de financiële transparantie van instellingen vaak onder de maat, hetgeen het toezicht beperkt (Paragraaf 4.4).

Er is buiten VWS geen partij aan te wijzen die bij uitsluiting de consequenties voelt van stijging van de uitgaven in de AWBZ. Het CVZ is kasverantwoordelijk, maar heeft geen operationele positie om de uitgaven te beheersen; zorgkantoren hebben geen budgetverantwoordelijkheid. VWS is derhalve binnen de AWBZ de enige partij die het volume en de kosten kan sturen. VWS doet dit thans via het instrument van de aanwijzing ex WTG, maar geeft ook soms injecties in de zorg door zorgvernieuwing en wachtlijstgelden te fourneren. Veel partijen in de AWBZ wijzen met de vinger naar VWS en menen dat duidelijke, consistente sturing ontbreekt en dat dit telkens verandert afhankelijk van de financiële ruimte en politieke prioriteiten (Paragraaf 4.5).

²² Afgezien van het feit dat toelating geen beheersinstrument is (CVZ).

²³ Dit geldt niet voor de extramurale productie, waar een controle op de productie beter is geregeld.

INLEIDING, REIKWIJDTE EN OPMERKINGEN BIJ HET ONDERZOEK

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Boer & Croon (deels samen met Deloitte) een hoofdzakelijk kwalitatief onderzoek gedaan naar mogelijk oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen.

De wens om dit onderzoek te laten verrichten is gebaseerd op enkele voorvallen en rapporten, waaruit het vermoeden is ontstaan dat op grotere of kleinere schaal oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen mogelijk is binnen of over de randen van de AWBZ. Dit zijn onder meer geweest het rapport van de Taskforce RIO's van 9 maart 2004 (waarin wordt geconcludeerd dat circa 150.000 ontvangers van thuiszorg geen indicatie zouden hebben) en een transmuraal project in Zuid-Limburg, waarbij de vraag is gesteld of ten onrechte AWBZ-middelen zijn aangewend voor transmurale behandeling van diabetes patiënten.

Speciaal aandachtspunt van VWS is daarbij geweest de vraag wat de oorzaken zijn van het feit dat een aantal thuiszorggebruikers geen indicatie hiervoor zou hebben. Dit aspect is door Deloitte onderzocht.

Omdat bij VWS tevens het vermoeden bestond dat de dynamiek tussen de verschillende partijen in de zorgketen een rol speelt in de manier waarop AWBZ-middelen worden aangewend, heeft VWS verzocht mede de rol van de ketenpartijen te onderzoeken.

Onderzoeksvragen

Dit onderzoek wil antwoord geven op de volgende drie vragen:

1. Komt oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen binnen of over de randen van de AWBZ op grote schaal voor?
2. Wat zijn de belangrijkste oorzaken van het feit dat een aantal ontvangers van thuiszorg hiervoor geen indicatie heeft?
3. Wat is de rol van de ketenpartijen, inclusief VWS, CVZ en CTZ?

Hiertoe heeft Boer & Croon, onder leiding van een Begeleidingscommissie samengesteld uit vertegenwoordigers van VWS, CVZ en CTZ, een kwalitatief onderzoek gedaan naar onderzoeksvragen 1 en 3, en heeft Deloitte (onder verantwoordelijkheid van Boer & Croon) een kwantitatief onderzoek gedaan naar onderzoeksvraag 2. Een lijst met de namen van de leden van de Stuurgroep is opgenomen in Bijlage 1.

Het kwalitatieve onderzoek naar onderzoeksvragen 1 en 3 is uitgevoerd door middel van zeventig gesprekken met partijen die opereren binnen de AWBZ, een vijftal *expert meetings* en het doen van *desk research*. De onderzoeksopzet is modulair van aard geweest, waarbij de vraagzijde, aanbodzijde en de 'randen' van

de AWBZ zijn onderzocht. Een overzicht van de (deels geanonimiseerde) gesprekspartners is opgenomen in Bijlage 2 onder A.

Het kwantitatieve onderzoek naar onderzoeksvraag 2 is uitgevoerd door middel van een enquête, uitgezet bij tien thuiszorginstellingen. Na ontvangst van de enquêteresultaten zijn deze besproken met de instellingen, alsmede met enige betrokken RIO's en zorgkantoren. Een beschrijving van de deelvragen en de onderzoeksaanpak is opgenomen in de Bijlage bij dit rapport.

Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de onderzoeksaanpak verwijzen wij naar Bijlage 2 bij dit rapport.

Het onderzoek is (na een korte inventarisatiefase) uitgevoerd in mei en juni 2004. Het onderzoek zelf is afgerond op 30 juni 2004. Met uitzondering van één nadien nader uitgewerkt onderdeel²⁴ is nadien binnengekomen informatie niet stelselmatig verwerkt in dit rapport.

De doorlooptijd en het karakter van het onderzoek maken het onderzoek naar mogelijk oneigenlijk gebruik en de rol van de ketenpartijen een onderzoek op hoofdlijnen. Het onderzoek naar de achtergronden en oorzaken van het grote aantal non-indicaties in de thuiszorg is meer gedetailleerd van aard geweest. Dat onderzoek is op basis van een statistische benadering gericht geweest op aard en achtergrond van de redenen van niet aanwezigheid van geldige indicaties.

Reikwijdte van het onderzoek en definities

Kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek is kwalitatief van aard, met als belangrijke uitzondering het deelonderzoek naar non-indicaties in de thuiszorg, uitgevoerd door Deloitte.

Het rapport is daarmee grotendeels beschrijvend, op basis van gesprekken met partijen actief in de AWBZ-sector. Een overzicht van de (deels geanonimiseerde) gesprekspartners is opgenomen in de Bijlage bij dit rapport. Slechts voor zover mogelijk (gelet op het feit dat dit een onderzoek op hoofdlijnen betreft) trachten wij (indicatieve) schattingen te geven van de omvang van waargenomen issues.

In overleg met de Stuurgroep hebben wij in het rapport op onderdelen beschrijvingen gegeven van het systeem van de AWBZ²⁵. Daar waar relevant wordt tevens de historische context geschetst. Dit is gedaan om de leesbaarheid voor niet-AWBZ ingewijden te vergroten.

²⁴ De redenen van 38 thuiszorginstellingen om per non-indicaties aan de Taskforce RIO's op te geven.

²⁵ Zoals financieringsstromen, PGB, transmurale projecten, indicatiestelling, toelatingscriteria et cetera.

Definitie 'oneigenlijk gebruik'

Boer & Croon heeft als definitie van oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen gehanteerd *'Het opzettelijk of onopzettelijk aanwenden van AWBZ-middelen buiten de grenzen die de wet, regelgeving of daartoe bevoegde instanties stellen.'*

In het deelonderzoek dat Deloitte heeft uitgevoerd naar de oorzaken van het niet aanwezig zijn van geldige RIO-indicatiebesluiten in de thuiszorgsector, doet de vraag zich voor of sprake is van oneigenlijk of zelfs onrechtmatig gebruik zodra niet voldaan is aan één of meer van de drie uit het Zorgindicatiebesluit af te leiden punten, te weten:

- het indicatiebesluit is genomen door een RIO en is nog geldig²⁶;
- het feitelijke geleverde soort zorg is in overeenstemming met de geïndiceerde zorg;
- het aantal uren geleverde zorg is in overeenstemming met de geïndiceerde zorg.

Cliënten waarvan een indicatiebesluit aanwezig is dat voldoet aan alle drie genoemde punten hebben een geldig indicatiebesluit en de zorg is op eigenlijke wijze verleend. Wij kunnen geen uitspraken doen en geven geen kwalificatie aan de zorg die wordt of is geleverd in gevallen waarin aan één of meer van deze punten niet voldaan is. Met andere woorden: wij doen geen uitspraak over de vraag of zorg geleverd zonder geldig RIO-indicatiebesluit al dan niet oneigenlijk of onrechtmatig is.

Kwantitatief onderzoek thuiszorg

Het onderzoek is gebaseerd op de gegevens zoals wij die hebben ontvangen van de Taskforce. Er heeft, gelet op de opdrachtformulering, geen controle op de volledigheid plaatsgevonden van het aangeleverde bestand. Er bestaat derhalve geen zekerheid dat instellingen alle daarvoor in aanmerking komende cliënten hebben aangeleverd. In het kader van dit kwantitatief onderzoek hebben wij ons niet gericht op de 41 instellingen, die eerder geen cliëntgegevens aan de Taskforce RIO's hebben aangeleverd. Wél hebben wij telefonisch navraag gedaan bij een aantal van deze 41 instellingen.

Definitie 'bevoegde instanties'

Al in een vroeg stadium van het onderzoek stuitte wij daarbij op de vraag welke instanties een rol kunnen en mogen spelen bij het vaststellen van de grenzen waarbinnen AWBZ-middelen mogen worden aangewend.

²⁶ In het onderzoek van de Taskforce RIO is hierbij de toevoeging gedaan: 'welk besluit op peildatum 31 december 2003 nog niet is verlopen'.

Logischerwijs valt het CTG hieronder. De vraag doet zich voor of bijvoorbeeld ook RIO's hieronder vallen. Wij menen van wel, nu zij (door de wet daartoe aangewezen) de grenzen aangeven waarbinnen de aanspraak op zorg kan worden uitgeoefend. Het CVZ heeft enige wettelijke bevoegdheden; voor zover het die betreft zien wij het CVZ als een bevoegde instantie om grenzen aan het gebruik van AWBZ-middelen te stellen. Ten slotte de zorgkantoren. Strikt genomen zijn zorgkantoren geen instanties die de grenzen van het gebruik van AWBZ-middelen kunnen vaststellen²⁷. Zij dienen de wet- en regelgeving te hanteren en kunnen deze niet vaststellen. Zij zijn evenwel een belangrijke spil in het maken van afspraken met instellingen en in de perceptie van instellingen kunnen zij dus daarbij de grenzen van de mogelijkheden voor die instellingen aangeven. Zorgkantoren zijn dus geen 'bevoegde instanties', maar instellingen kennen door afspraken met de zorgkantoren een afgeleide begrenzing van de wettelijke regels: zodra een zorgkantoor een bepaalde gedraging van een instelling goedkeurt, dan valt die gedraging binnen de wettelijke grenzen, tenzij nadien bij toetsing van het beleid van het zorgkantoor (door bijvoorbeeld het CTZ) wordt vastgesteld dat het die afspraak niet had mogen maken.

Definitie 'op grote schaal'

De definitie 'op grote schaal' hanteren wij wanneer er sprake is of lijkt te zijn van 'het op structurele basis door meerdere partijen in de AWBZ oneigenlijk gebruiken van AWBZ-middelen, met een omvang die maatschappelijk als ongewenst wordt gezien'. Wij realiseren ons dat de laatste zinsnede voor veel interpretaties vatbaar is. Wij kunnen en willen evenwel niet een meetbare omvang aangeven en moeten dus volstaan met dergelijke bewoordingen.

Geen fraudeonderzoek

Het onderzoek is nadrukkelijk geen fraudeonderzoek geweest. Er heeft geen boekenonderzoek plaatsgevonden.

Vertrouwelijkheid en herleidbaarheid van gegevens

Alle gesprekken zijn op basis van vertrouwelijkheid gevoerd. Alleen de namen van de geïnterviewde koepelorganisaties²⁸ en bij wet ingestelde colleges²⁹ zijn in dit rapport met name genoemd. Wij realiseren ons dat dat de herleidbaarheid van uitspraken soms niet eenvoudig maakt. Wij hebben uitspraken en meningen altijd geverifieerd, en wij maken hiervan slechts melding als zij ten minste twee keer door ons zijn geconstateerd. Wij trachten zoveel mogelijk aan te geven in

²⁷ Afgezien dat zorgkantoren slechts afgeleide organen zijn van concessiehouders en dus geen op zichzelf staande entiteiten zijn.

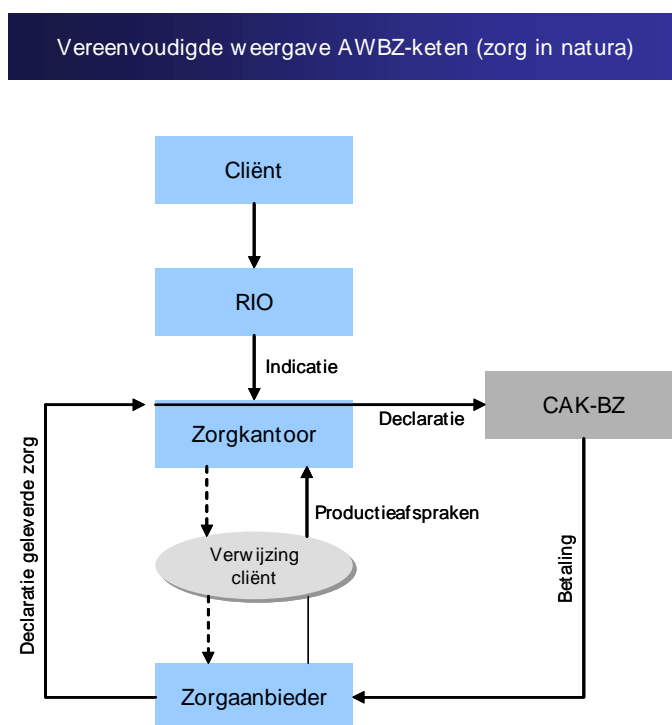
²⁸ LVT, Arcares, GGZ Nederland, VGN, BTN, ZN, LHV, Per Saldo, NVZ (en LVIO).

²⁹ CVZ, CTZ, CTG.

hoeverre meningen AWBZ-breed/algemeen door vele partijen of door enkele (geanonimiseerde) partijen worden gedeeld³⁰.

De zorgketen

In het kader van het onderzoek naar de rol van ketenpartijen gaan wij uit van de belangrijkste partijen in de zorgketen. De zorgketen in de AWBZ valt in grote lijnen te illustreren aan de hand van het volgende schema.



Figuur 1: Vereenvoudigde weergave van de AWBZ-keten bij zorg in natura

Daarnaast heeft VWS aangegeven ook de eigen rol en die van CVZ en CTZ te willen meenemen in het onderzoek, alsmede die van CTG en van accountants in het kader van hun controlerende taak bij het vaststellen van de jaarrekeningen van zorginstellingen.

Sectoren en onderzoeksterreinen

Wij hebben in overleg met VWS het onderzoek beperkt tot een viertal sectoren:

- Thuiszorg
- Verpleging en Verzorging
- Geestelijke gezondheidszorg
- Gehandicaptenzorg

³⁰ Hoe onbevredigend dergelijke niet goed herleidbare termen ook mogen klinken.

Daarnaast hebben wij specifiek naar het PGB gekeken.

Bovenstaande sectoren bestrijken in totaal 92,8% van de totale uitgaven van de AWBZ, zoals onderstaand schema laat zien³¹.

Onderzochte sectoren / categorieën	in € miljoen	in % t.o.v. totaal
Geestelijk gezondheidszorg		
Psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG, RIBW	3.108,2	14,3%
Gehandicaptenzorg		
Instellingen voor verstandelijke gehandicapten	2.871,1	13,2%
Dagverblijven + Gezinsverv. Teh. (DVG en GVT)	1.557,3	7,2%
Verpleging en verzorging		
Verpleeghuizen	4.983,3	23,0%
Verzorgingshuizen	3.751,1	17,3%
Thuiszorg	2.929,5	13,5%
PGB en AWBZ extramuraal		
PGB en AWBZ extramuraal (totaal)	920,8	4,2%
	20.121,3	92,8%
Totaal AWBZ	21.682,7	100,0%

Figuur 2: Onderzochte sectoren en volume; bron: CVZ, lasten en financiering AWBZ 2002 – 2004, cijfers Boekjaar 2004

In overleg met de Stuurgroep hebben wij daarnaast een aantal deelterreinen nader bekeken in het kader van het onderzoek naar oneigenlijk gebruik (buiten het genoemde deelonderzoek naar de non-indicaties in de thuiszorg):

- Het Persoonsgebonden budget.
- Mogelijkheden van substitutie vanuit het tweede compartiment (Transcompartimentale zorg).
- Mogelijkheden van substitutie vanuit de welzijnssector.
- Gedrag van zorginstellingen gericht op optimale benutting van de regelgeving.
- Dilemma's van zorgkantoren met betrekking tot de invulling van hun zorgplicht enerzijds en doelmatige inkoop anderzijds.
- De vraag of er te ruime indicaties voorkomen (al dan niet in bepaalde sectoren) en of dit kan worden opgevangen in het systeem.

Wij wijzen er op dat het onderzoek modulair heeft plaatsgevonden, daar waar het rapport niet modulair is opgebouwd. Het rapport volgt de lijn van de conclusies

³¹ In het onderzoek zijn de categorieën Gezondheidsbevordering, Curatieve somatische zorg, Beheer Zorgverzekeringen en Overige lasten van de AWBZ niet betrokken.

die wij geaggregeerd, dat wil zeggen de sectoren en onderzoeksterreinen overstijgend, hebben getrokken.

Nuanceringen

Het onderzoeksrapport en de conclusies die daarin worden getrokken behoeven op drie manieren nuancering:

- In de AWBZ ligt het primaat bij de zorg die wordt verleend aan cliënten en patiënten. De zorgverlening staat voorop, zowel bij de zorgverleners als de zorgkantoren die deze zorg financieren. Alhoewel wij in het rapport enige kanttekeningen plaatsen bij het systeem van en de dynamiek in de AWBZ, hebben wij AWBZ-breed de motivatie van velen ervaren, namelijk de continuïteit van goede zorgverlening. Met andere woorden: de conclusie dat er een aantal imperfecties bestaat brengt niet automatisch mee dat wij niet tevens hebben geconstateerd dat een groot aantal factoren binnen de AWBZ wel degelijk goed functioneert, waaronder in de eerste plaats de bij alle partijen gevoelde noodzaak om een goede invulling aan de zorgbehoefte te geven.
- In de tweede plaats dienen de conclusies te worden gelezen in samenhang met de opmerkingen die wij plaatsen in het rapport met betrekking tot de historische en politieke context alsmede met de overige nuanceringen die wij plaatsen bij de uitwerking en onderbouwing van de conclusies.
- In de derde plaats is het onderzoek uitgevoerd op hoofdlijnen, waarbij wij hebben gekeken naar structuren, het systeem en de keten. Als gevolg hiervan worden slechts de hoofdlijnen aangegeven van in het veld gesignaleerde tendensen en voor zover die op grote schaal zouden voorkomen.

Gedetailleerde inhoudsopgave

Dit rapport is opgebouwd aan de hand van de vier hoofdconclusies zoals vermeld in de samenvatting³². Ieder hoofdstuk is onderverdeeld in paragrafen en wel met de volgende indeling.

1	Het gebruik van AWBZ-middelen	1
1.1	Oneigenlijk gebruik op grote schaal is binnen de kaders van het onderzoek niet aangetroffen	2
1.2	De door ons gesignaleerde gedragingen binnen de AWBZ zijn toegestaan op basis van wet- en regelgeving (incl. CTG-beleidsregels), afspraken met zorgkantoren of door de ruimte of onduidelijkheden binnen die regelgeving	2
1.3	De afwezigheid van indicaties in de thuiszorg	10
1.4	Het Persoonsgebonden Budget	27
1.5	Overlap met het tweede compartiment	37
2	De positionering van de AWBZ	45
2.1	Wettelijke afbakeningen van de AWBZ ten opzichte van de ZFW en WZW	45
2.2	In de perceptie van veel zorg- en welzijnspartijen is de AWBZ de eerst voorliggende voorziening	47
2.3	Herkomst van de aanvragen voor toelating tot de AWBZ	48
2.4	De toename in toelatingen voor de functies AB en OB	50
3	Enige kostenopdrijvende factoren	52
3.1	Het door marktwerking en bezuinigingsmaatregelen ingegeven gedrag van aanbieders dat gericht is op optimale benutting van de regelgeving, hetgeen voortkomt uit het streven naar vergroting van de financiële armslag	52
3.2	Het door het streven naar continuïteit van de zorgverlening ingegeven gedrag van sommige ketenpartijen, waaronder zorgkantoren, om zorginstellingen soms te ondersteunen en te faciliteren	65
3.3	De moeilijkheid om eventuele te ruime indicaties binnen het systeem te signaleren en te corrigeren, daar waar deze mogelijkheid bij te krappe indicaties wel aanwezig is	68
4	De balans tussen AWBZ-partijen	73
4.1	De verantwoordelijkheid voor het uitgavenvolume in de cliëntketen ontbreekt goeddeels	73
4.2	Toezicht op de financiële, doelmatige en rechtmatige kaders is versnipperd	75
4.3	Financiële transparantie is beperkt en vormt een toezichtbeperkende factor	77
4.4	De countervailing power binnen de keten is onvoldoende gewaarborgd	78
4.5	De rol van VWS wordt als onberekenbaar bestempeld	79

³² De opbouw van het rapport wijkt af van de opzet van het onderzoek; hierdoor kan het voorkomen dat sommige aspecten van het onderzoek in meerdere hoofdstukken worden behandeld.

1 HET GEBRUIK VAN AWBZ-MIDDELEN

Inleiding

De (politieke) prioriteiten in de AWBZ hebben de laatste jaren onder meer gelegen bij het wegwerken van wachtlijsten, het creëren van meer marktwerking en vraagsturing en het doorvoeren van de modernisering van de AWBZ (die weer mede een gevolg was van de ingezette lijn van vraagsturing). De jarenlange lijn van beheersing van de (macro-)budgetten leek daarbij minder hoge prioriteit te hebben gehad. Recentelijk heeft door budgettaire krapte beheersing van de uitgaven (al dan niet tijdelijk) weer een hoge prioriteit gekregen.

In algemene zin lijken de doelstellingen rond wegwerking van wachtlijsten (gedeeltelijk) gehaald of realiseerbaar te zijn: de wachtlijsten zijn in sommige sectoren verdwenen, vraagsturing begint (deels ook door het PGB) vaste voet aan de grond te krijgen en de majeure moderniseringsoperatie van de AWBZ heeft per 1 april 2003 een belangrijke stap gezet.

Vaak brengen veranderingen ook minder gewenste gevolgen met zich mee. In het kader van de AWBZ kan één daarvan zijn de vraag of de middelen in het huidige stelsel eigenlijk gebruikt worden. Twee ogenschijnlijk niet verbonden incidenten waren de oorzaken van het door VWS stellen van deze vraag: het aantreffen van circa 150.000 in eerste instantie niet (volledig) geïndiceerden in de thuiszorg enerzijds en een transmuraal project rond diabeteszorg anderzijds.

VWS heeft in deze twee gevallen aanleiding gezien om een onderzoek in te stellen naar (onder meer) oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen. Dit deel van het onderzoek wordt in dit hoofdstuk behandeld. In de hierop volgende hoofdstukken 2, 3 en 4 behandelen wij, mede aan de hand van de vraag wat de rol is van de ketenpartijen, enige andere aspecten die wij bij ons (voornamelijk kwalitatieve) onderzoek hebben aangetroffen, te weten de positionering van de AWBZ, enige kostenopdrijvende factoren voortkomend uit de dynamiek en het systeem van de AWBZ alsmede de rol van bepaalde ketenpartijen om tegenwicht te bieden aan geconstateerde imperfecties.

In dit hoofdstuk geven wij eerst antwoord op de vraag of oneigenlijk gebruik op grote schaal voorkomt (1.1), waarna wij aan de hand van vier voorbeelden dit antwoord toelichten (1.2). In de drie paragrafen daarna behandelen wij drie onderwerpen die wij in overleg met de Begeleidingscommissie (z/v) in meer detail hebben onderzocht: de oorzaken van non-indicatie in de thuiszorg (1.3, kwantitatief onderzoek uitgevoerd door Deloitte), het PGB (1.4) en transmurale projecten (1.5).

1.1 Oneigenlijk gebruik op grote schaal is binnen de kaders van het onderzoek niet aangetroffen

Dit onderzoek behelst in de eerste plaats de vraag of en in hoeverre AWBZ-middelen op grote schaal oneigenlijk worden gebruikt³³. Dit hebben wij onderzocht op kwalitatieve wijze.

De belangrijkste conclusie is dat wij geen oneigenlijk gebruik op grote schaal hebben geconstateerd. De middelen die in het kader van de AWBZ-verzekerde zorg worden aangewend lijken derhalve binnen de wettelijke begrenzing of daar tegenaan te vallen.

Twee opmerkingen:

- Wij geven geen oordeel over de vraag of het afwezig zijn van volledig geldige RIO-indicaties oneigenlijk of onrechtmatig zou zijn.
- Voorts merken wij op dat wij binnen de gestelde onderzoekstermijn en de aard van ons onderzoek alleen hebben onderzocht de vraag of oneigenlijk gebruik op grote schaal voorkomt. Uit de conclusie dat wij dit niet hebben geconstateerd kan en mag niet de conclusie worden getrokken dat wij dus op kleine schaal wel oneigenlijk gebruik hebben geconstateerd.

1.2 De door ons gesignaleerde gedragingen binnen de AWBZ zijn toegestaan op basis van wet- en regelgeving (incl. CTG-beleidsregels), afspraken met zorgkantoren of door de ruimte of onduidelijkheden binnen die regelgeving

In algemene zin signaleren wij dat de meeste gedragingen die sommigen in eerste aanleg ‘oneigenlijk’ zouden kunnen noemen, vallen binnen de afspraken die in het zorgveld tussen partijen worden gemaakt, dan wel voortvloeien uit wet- en/of regelgeving, al dan niet uitgevaardigd in de vorm van een beleidsregel/circulaire van het CTG.

Belangrijke spelers in dit verband zijn de zorgkantoren en het CTG. De zorgkantoren maken afspraken met instellingen die een erkenning hebben tot verlening van zorg in de AWBZ. De zorgkantoren weten bij die afspraken over het algemeen precies welke marges daarvoor vanuit wet- en regelgeving gelden. Voorzover die niet duidelijk zijn wordt ofwel advies ingewonnen bij bijvoorbeeld het CVZ, ofwel wordt er – sectorbreed – getracht afspraken te maken via onder meer beleidsregels en circulaire van het CTG. Zodra deze afspraken zijn vastgelegd is daarmee het predikaat ‘oneigenlijk’ vervallen voor die gedragingen die binnen de regels vallen.

Soms blijft er niettemin onduidelijkheid bestaan over de toepassing van een regel of bestaat er simpelweg veel ruimte, aangegeven in de regeling zelf. In dergelijke gevallen kan ons inziens over het algemeen niet worden gesproken van

³³ Definities staan vermeld in de Inleiding.

oneigenlijk gebruik, juist gelet op de bewegingsvrijheid die partijen (met name zorginstellingen) geacht worden te hebben, alsmede de soms gerechtvaardigde verwachtingen die geschept worden bij uitleg van de regels.

Hieronder volgen vier voorbeelden van de (soms voor meerdere uitleg vatbare) grenzen waarbinnen instellingen kunnen opereren, en dus AWBZ-middelen eigenlijk kunnen aanwenden.

Voorbeeld 1: Verschillende declaraties bij gelijke indicatie

Onderstaand is een fictief voorbeeld van twee instellingen, die zorg leveren op basis van dezelfde indicatie, maar in theorie kunnen leiden tot prijsverschillen van 62% tot 173%.

Twee 76-jarige alleenstaande burens hebben beiden een indicatie voor:

- Huishoudelijke verzorging (HV, tariefcode H102), klasse 2 (2 - 3,9 uur)
- Persoonlijke verzorging (PV, tariefcode H126), klasse 2 (2 - 3,9 uur)

Eén van de twee maakt gebruik van de diensten van Thuiszorginstelling 1, de ander van Thuiszorginstelling 2. Beide instellingen zijn actief in dezelfde regio.

Instelling 1 declareert hiervoor €164,16 per week.

Dit is opgebouwd uit de elementen:

- Prijs (het met het zorgkantoor overeengekomen tarief voor HV en PV) x
- Hoeveelheid zorg (het aantal uren geleverde zorg)

Instelling 2 declareert hiervoor €265,98, opgebouwd uit dezelfde elementen.

Voorbeeld 1: Declaratieverschil van 62% bij gelijke indicatie

In het hierboven beschreven voorbeeld zijn er drie factoren op basis waarvan instelling 2 op eigenlijke wijze haar declaratie 62% hoger kan laten zijn dan die van instelling 1:

- In het voorbeeld levert instelling 1 drie uur zorg (HV en PV), dat is het midden van de bandbreedte van klasse 2, terwijl instelling 2 het maximaal aantal uren binnen klasse 2 levert (3,9 uur voor HV en PV). Het Zorgindicatiebesluit (ZIB) geeft in artikel 13 lid 1 onder b. aan dat de klasse wordt aangegeven in het indicatiebesluit³⁴; het is in de eerste plaats de

³⁴ Het ZIB noemt als definitie van een klasse: 'een in tijd uitgedrukte hoeveelheid zorg als bedoeld in de artikelen 3, 4, 5, 6 en 7 in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ' [BZA]. De betreffende artikelen in het BZA bespreken wel de zorg, maar reppen niet van klassen. Deze klassen zijn ook overigens niet in wet- of regelgeving uitgewerkt (hetgeen wij opmerkelijk achten), doch zijn vastgesteld door de Werkgroep Indicatiestelling. Deze heeft de formulierenset en het indicatieprotocol vastgesteld, die de basis vormen voor de bepaling van de omvang van de zorg waarvoor het RIO indiceert. De AWBZ zelf rept overigens niet van

zorgbehoefte van de cliënt die bepaalt hoeveel zorg wordt verleend binnen de klasse. Aanbieder en vrager maken hierover onderling afspraken.

- In het voorbeeld laat instelling 1 de HV uitvoeren door een Thuishulp A en de PV door een Verzorgende B. Instelling 2 daarentegen laat alle zorg uitvoeren door een Verzorgende B³⁵. Deze handelswijze is goedgekeurd door het CTG in 2000 en zal worden beëindigd per 1 januari 2005. In de CTG-circulaire van 24 juni 2004 is bepaald dat thuiszorginstellingen de geleverde zorg in 2004 nog op basis van deskundigheid kunnen leveren, en vanaf 2005 de registratie en declaratie plaats dient te vinden op basis van geleverde zorgprestatie.
- In het voorbeeld heeft instelling 1 met het zorgkantoor een tarief afgesproken van 90% van het maximum CTG-tarief, terwijl instelling 2 het maximumtarief met het zorgkantoor is overeengekomen. Deze afspraken kunnen het resultaat zijn van onder meer de marktpositie, onderhandelingsmacht, kwaliteit van de zorg en onderhandelingskwaliteit.

De conclusie van het voorbeeld is dat de middelen die in het kader van de AWBZ-verzekerde zorg worden aangewend, ter vervulling van de behoeften van de twee bureaus, op eigenlijke wijze zijn aangewend nu ze zijn toegestaan binnen de grenzen van:

- Wetgeving, in casu uitgewerkt door de Werkgroep Indicatiestelling
- Een CTG-circulaire, respectievelijk
- Tariefafspraken met het zorgkantoor

Wij hebben geen inhoudelijk of kwalitatief oordeel over de verschillen in declaraties, temeer omdat in dit voorbeeld instelling 2 meer zorg levert dan instelling 1 (3,9 in plaats van 3 uur).

Nota bene: in bovenstaand voorbeeld kwamen wij uit op een prijsverschil van 62%. Indien twee variabelen anders worden ingevuld, kan de declaratie van instelling 2 zelfs 173,4% hoger uitvallen dan die van instelling 1 (€265,98 versus €97,28). Dat zou het geval zijn indien instelling 1 niet voor 90% maar voor 80% van het CTG-tarief zou contracteren en zij aan de onderkant van de klasse zou declareren (2 uur).

Het zorgkantoor waarmee wij dit voorbeeld hebben uitgewerkt geeft aan dat eigenlijk alleen met nieuwe thuiszorginstellingen wordt gecontracteerd onder het maximumtarief, in voorkomende gevallen tegen 80% van het maximum. Voorts geeft het aan dat instellingen feitelijk altijd aan de bovenkant van de klasse declareren.

Voorbeeld 1a: Declaratieverschil van 173% bij gelijke indicatie

klassen maar van 'omvang': bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat, geregeld (artikel 6 lid 1); VWS, ZN en LVIO bevestigen dat de wettelijke basis voor de invulling van de klassen ontbreekt.

³⁵ Dit kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van logistieke voordelen, zoals het verkorten van reistijd.

Voorbeeld 2: Er bestaat onduidelijkheid over de uitleg van sommige wet- en regelgeving

In onderstaand voorbeeld wordt de onduidelijkheid in de markt over het product ‘Advies, Instructie en Voorlichting’ (AIV) uitgewerkt.

Het product AIV (Advies, Instructie en Voorlichting) wordt al jaren geleverd door AWBZ-instellingen, onder meer bij transmurale projecten, alsmede het bevorderen van de zelfredzaamheid en dergelijke. AIV wordt thans in de markt ook aangewend ter invulling van preventieve zorg. Tot 2004 viel ‘preventie’ onder meer onder de bestedingsmiddelen (thuiszorg). Met instemming van VWS is geopperd dat preventie onder het product AIV kan worden ondergebracht.

De vraag is nu of er voor AIV een indicatie is vereist. Het CTG schrijft in Beleidsregel Extramurale zorg (bekrachtigd door VWS) onder 5.3.4 dat de ‘prestatie’ AIV niet gekoppeld is aan een functie. RIO’s indiceren uitsluitend op basis van functies en geven (als gevolg daarvan) geen indicaties af voor AIV.

Voorbeeld 2: AIV

De vraag is hoe hiermee om te gaan. De meningen in het veld lopen uiteen.

- AWBZ-breed gaan instellingen, maar ook RIO’s en de meeste zorgkantoren ervan uit dat geen indicatie vereist is, verwijzend naar de CTG-beleidsregel en het feit dat deze bekrachtigd is door VWS.
- Het CTG stelt op zijn beurt dat het in zijn beleidsregel niet zozeer heeft willen aangeven dat er geen indicatie vereist zou zijn, maar alleen wat het tarief is voor AIV, voor het geval instellingen die prestatie leveren.
- Het CVZ stelt dat er geen AWBZ-verzekerde zorg mag worden geleverd zonder indicatie.

VWS heeft daarnaast aangegeven dat voor AIV geen eigen bijdrage is verschuldigd³⁶. AIV wordt bovendien tamelijk breed en soms zelfs creatief ingezet door sommige instellingen³⁷, waarmee AIV tot een aandachtsgebied en discussiepunt voor beleidsmakers en andere partijen is geworden.

In het onderzoek hebben wij de stelregel gehanteerd dat bij gebleken onduidelijkheid in regelgeving of zelfs verschil in opvatting tussen bevoegde instanties, zorgpartijen niet kunnen worden beticht van oneigenlijk gebruik van

³⁶ Brief van 13 januari 1999 aan het COTG (thans CTG).

³⁷ Wij hebben een keur aan voorbeelden vernomen tijdens de interviews, variërend van ‘advies over de modernisering van de AWBZ’ tot ‘omgaan met computers’. In een overzicht van koepelorganisatie Arcares (V&V sector) wordt AIV genoemd als product om onder andere ‘zorgbemiddeling’ mee te financieren. Meer over dit overzicht van Arcares in hoofdstuk 3.1.

AWBZ-middelen zolang daartoe bevoegde instanties zich niet eenduidig tegen dat bepaalde gebruik hebben gekeerd.

Voorbeeld 3: Zorgkantoren menen dat bepalingen uit CTG-beleidsregels ruimte openlaten voor interpretatie

Onderstaand voorbeeld geeft aan welke ruimte CTG-beleidsregels soms laten aan partijen, althans in de opvatting van sommige zorgkantoren. Dit voorbeeld van 'Aanvullende zorg' (CTG-beleidsregel Intramuraal) is ons toegestuurd door een zorgkantoor waarmee wij tijdens het onderzoek gesproken hebben³⁸:

“Onderstaand een toelichting op het besproken probleem rondom het gebruik van de prestatie ‘aanvullende zorg’ in de verzorgingshuizen. De reden waarom wij hier graag extra nadruk op zouden willen leggen is tweeledig:

- *Zoals onderstaand verder toegelicht is er onduidelijkheid over het vertalen van een indicatie naar het recht op ‘aanvullende zorg’.*
- *Het betreft een prestatie waarover de cliënt geen eigen bijdrage betaalt. Er is dus geen controle op declaratie vanuit cliënt. Daarnaast hoeft de instelling het zorgkantoor niet te laten weten welke cliënt hoeveel en wanneer ‘aanvullende zorg’ heeft ontvangen, maar kan volstaan met een totaal aantal (dagen) die vervolgens afgerekend wordt. Alleen de accountant moet een goedkeuring over het aantal afgeven. (eenzijdige controle).”*

Hieronder volgt het voorbeeld met betrekking tot het eerste punt, zoals door het betreffende zorgkantoor zelf is gegeven.

“Het RIO geeft een functionele indicatie af per cliënt. Van de aanbieders wordt verwacht zelf een conversie te maken naar declarabele producten/prestaties. Voor intramurale cliënten in verzorgingshuizen kan dit tot onduidelijkheden leiden; wanneer wel en wanneer niet ‘aanvullende zorg’ en hoeveel ‘aanvullende zorg’? In de praktijk wordt hier op verschillende manieren mee omgegaan.

Hieronder lopen wij de stappen door die nodig zijn voor het vertalen van indicatie via zorgplan naar declaratie en benoemen wij de naar voren gebrachte knelpunten voor de prestatie ‘Aanvullende zorg accent somatische problematiek’ (SOM). In sommige gevallen hebben wij overigens al een standpunt ingenomen over hoe wij vinden dat hier mee omgegaan dient te worden.

Om op basis van de indicatie te bepalen of een cliënt recht heeft op ‘aanvullende zorg SOM’ moeten de volgende stappen genomen worden:

- *Bepalen van het omslagpunt basiszorg naar aanvullende zorg in directe uren*
 - *Het CTG schrijft hierover dat de vereiste omvang van de zorg ‘substantieel boven’ de basiszorg (8-10 uur directe zorg per week) ligt.*
 - *Bij toepassing van de maximale beleidsregelwaarde heeft die extra zorg een*

³⁸ E-mail van zorgkantoor x van 23 juni 2004.

*omvang van minimaal 7 uur per week per cliënt, in de vorm van individuele zorg.
Dit kan geïnterpreteerd worden als in totaal minimaal 17 uur individuele directe zorg per week.*

- *Bepalen welke functies meetellen bij het bepalen van het aantal uren directe individuele zorg*
 - *Het CTG heeft hierover geen concrete uitspraak gedaan. In de beleidsregel wordt gesproken over het leggen van het accent op individuele verzorging en verpleging.*
 - *Er is geen discussie over PV (persoonlijke verzorging) en VP (verpleging) en individuele OB (ondersteunende begeleiding).*
 - *Wel kan er discussie zijn of bijvoorbeeld HV (huishoudelijke verzorging) meegenomen moet worden. Hier wordt tegenin gebracht dat HV een onderdeel is van de verblijf- (hotel)voorziening en dus niet mee moet tellen.*

- *Bepalen welke grenswaarden van de klasse genomen worden bij het bepalen van het aantal uren directe zorg*
 - *Het CTG doet hierover geen uitspraak*
 - *[Boer & Croon: Wij verwijzen voor deze discussie naar voorbeeld 1 in deze paragraaf]*

- *Vertalen naar declaratie aan zorgkantoor (rechtmatigheid)*
 - *Het CTG stelt dat de extra zorg een omvang van minimaal 7 uur per week per cliënt, in de vorm van individuele zorg moet hebben.*
 - *Op basis daarvan zou je kunnen stellen dat pas als de individuele directe zorg boven de 17 uur uitkomt er gedeclareerd kan worden, maar dan ook meteen 7 dagen.*
 - *In het veld is het zeer gebruikelijk dat indien voor een cliënt aanvullende zorg gedeclareerd wordt dit standaard 7 dagen per week gebeurt.*
 - *Wij hebben evenwel nergens gelezen dat dit altijd zo is, de vergoeding gaat ook in dagen. Daarnaast hebben wij eerder een omslagpunt van xx uur gecommuniceerd”*

Voorbeeld 3: Aanvullende Zorg SOM, uit e-mail van zorgkantoor x.

In een reactie op bovenstaand voorbeeld schrijft het CTG³⁹:

“Vóór 1 april 2003 ging het om aanvullende zorg, die alleen door het verpleeghuis werd geleverd aan verzorgingshuisbewoners met een indicatie verpleeghuiszorg. De declaratie liep via het verpleeghuis. Het gaat om een pakket extra verpleging, verzorging en begeleiding boven op de gewone zorg.

Vanaf 1 april 2003 is het ook voor ‘verzorgingshuizen’ mogelijk om deze zorg te leveren. In de praktijk wordt deze aanvullende zorg nu ook daadwerkelijk geleverd door eigen personeel. Om dit enerzijds te faciliteren en anderzijds te voorkomen dat er voor elke bewoner extra gedeclareerd kan worden zijn de definities aangescherpt. De intentie is

³⁹ E-mail van CTG aan Boer & Croon, d.d. 28 juni 2004.

dat het gaat om cliënten voor wie een aanzienlijke vorm van meerzorg noodzakelijk is.

De conclusie van het zorgkantoor over de 17 uur delen wij in zoverre dat het gaat over mensen die dagelijks extra zorg nodig hebben. Gemiddeld zal er ten minste 17 uur geleverd moeten worden. Huishoudelijke verzorging is al inbegrepen in de 'basiszorg', zodat deze zorg niet extra geleverd wordt.

Er wordt geen extra eigen bijdrage betaald, omdat de cliënt al de maximale eigen bijdrage betaalt.

Op grond van de beleidsregel 'controleprotocol materiële productie' kan het zorgkantoor weten voor welke cliënten aanvullende zorg geleverd wordt."

Voorbeeld 3a: Uitleg van het CTG over de door het zorgkantoor aangegeven knelpunten

Hoe de uitleg van de regelgeving ook zij, het zorgkantoor in kwestie meent dat er onduidelijkheid of in ieder geval ruimte is voor (brede) interpretatie. Het zorgkantoor is in het veld de partij die afspraken moet maken of gedragingen moet controleren. Bij onzekerheid over toepasselijkheid of interpretatie staan formele en informele kanalen open om helderheid te verkrijgen (CVZ, CTG, ZN). Niettemin dient het zorgkantoor in bepaalde omstandigheden beslissingen te nemen en onderhandelingen met instellingen te voeren, waarbij het zorgveld soms weerbarstiger en sneller is dan het beleid of de regelgeving.

Voorbeeld 4: Interpretatieruimte van sommige functieomschrijvingen

Met de modernisering van de AWBZ (1 april 2003) is ervoor gekozen om het systeem van de 'producten' te verlaten en te gaan werken met 'functies'. Belangrijkste gedachte hierachter was de focus op vraagsturing (wat heeft de cliënt nodig?) in plaats van aanbodsturing (welke producten hebben de aanbieders te bieden?).

Een vastomlijnde, strak gedefinieerde beschrijving geven van de zorgbehoeften van een groep cliënten die naast gemeenschappelijke elementen ook veel diversiteit kent, is bijkans onmogelijk. Begrijpelijkerwijs zijn de functieomschrijvingen dan ook in sommige gevallen bewust ruim gelaten, juist om tegemoet te komen aan de verschillende situaties waarin zorgvragers vaak verkeren.

Twee functieomschrijvingen die algemeen erkend 'ruim' zijn, zijn Ondersteunende Begeleiding (OB) en Activerende Begeleiding (AB).

De omschrijvingen uit het Besluit Zorgaanspraken zijn als volgt:

Artikel 6 (OB): Ondersteunende begeleiding omvat ondersteunende activiteiten in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal

probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling.

Artikel 7 (AB): Activerende begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op:

- a. herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek; of
- b. het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Voorbeeld 4: Wettelijke omschrijvingen van functies OB en AB

In andere woorden weergegeven⁴⁰:

- OB heeft als doel de zelfredzaamheid en in integratie in de samenleving te handhaven; vaak in verband met een beperkt regelvermogen of andere beperkingen die tot een sociaal isolement dreigen te leiden. Activiteiten hierbij kunnen zijn begeleiding bij dagelijkse bezigheden regelen, besluiten nemen, plannen en uitvoeren van taken, beheerszaken regelen, communicatie, oriëntatie naar plaats, tijd en persoon, integratie in de samenleving, sociale participatie, nachtopvang, respijtzorg (logeren) of ondersteuning van verzorgers, groepsgewijze dagactiviteit buitenshuis gericht op structurering van tijdbesteding.
- AB heeft als doel het functioneren in gedrag en vaardigheden te verbeteren of verergering ervan te voorkomen. Activiteiten kunnen zijn het uitvoeren van interventies, oefening en training.

Wij hebben in ons onderzoek veel voorbeelden aangetroffen van de ruimte die deze functieomschrijvingen laten aan instellingen. Valt het inschakelen van een predikant onder Ondersteunende Begeleiding? Is vervoer van inwonenden van een verzorgingshuis Activerende Begeleiding, zodra dit vervoer leidt naar een locatie waar een AWBZ-verzekerde activiteit plaatsvindt? Vallen bepaalde therapieën onder Activerende Begeleiding?

Verschillende partijen in de keten (instellingen, RIO's, zorgkantoor, CVZ) worden verondersteld te weten wat wel en wat niet onder AB en OB valt. De meningen hierover lopen echter sterk uiteen en verschillen bovendien van geval tot geval. Wij hebben de stelregel gehanteerd dat, aangezien de functies (bewust en begrijpelijkerwijs) dermate veel ruimte laten aan de partijen in de zorg, niet in abstracto kan worden geconcludeerd dat de invulling van de functies op oneigenlijke wijze geschiedt⁴¹.

⁴⁰ Omschrijvingen geparafraseerd naar CVZ, Functiegerichte aanspraken – een gids voor uitleg in de praktijk (blz. 10-13).

⁴¹ Dit laat onverlet dat wellicht op instellingsniveau hier en daar sprake kan zijn van voorbeelden of incidenten die de term 'oneigenlijk gebruik' rechtvaardigen. Tot dat detailniveau strekt ons onderzoek niet.

Drie onderzoekscategorieën nader uitgewerkt

In overleg met VWS, CTZ en CVT hebben wij een aantal onderwerpen in het bijzonder onderzocht⁴². Drie hiervan worden onder paragrafen 1.3 tot en met 1.5 behandeld. De andere categorieën worden behandeld in hoofdstukken 2 en 3 van dit rapport⁴³.

1.3 De afwezigheid van indicaties in de thuiszorg

1. Algemeen

Voor ons onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van de gegevens die de thuiszorginstellingen in het kader van de inventarisatie door de Taskforce RIO's aan het adviesbureau Hoeksma, Homans en Menting (HHM) begin dit jaar hebben aangeleverd. Uit deze inventarisatie is naar voren gekomen dat mogelijk circa 150.000 cliënten thuiszorg ontvangen zonder dat daaraan een volledig geldig RIO-indicatiebesluit ten grondslag ligt, gebaseerd op de gegevens van 104 thuiszorginstellingen. In een later stadium hebben nog acht instellingen hun gegevens aangeleverd, waardoor het aantal aan de Taskforce aangeleverde cliënten is toegenomen tot circa 160.000. Deze gegevens heeft de Taskforce niet meer kunnen verwerken in het door haar gepubliceerde rapport van 9 maart 2004.

Een aantal van de door ons geselecteerde thuiszorginstellingen geeft aan dat zij in een relatief kort tijdsbestek de gegevens hebben moeten indienen bij de Taskforce. Dit betekent dat zij het risico van mogelijk niet rechtmatige zorgverlening dan wel het risico van BTW-heffing over niet-geïndiceerde zorg zo klein mogelijk hebben willen houden, door zoveel mogelijk 'onzekere gevallen' aan te melden. De administraties (systemen) van een aantal instellingen zijn niet zodanig ingericht, dat zij dit onderscheid voor soms een groot aantal cliënten in een korte tijd goed hebben kunnen maken. Een drietal (grotere) instellingen gaf aan dat zij de door ons gevraagde gegevens op cliëntniveau niet heeft kunnen achterhalen.

Een aantal thuiszorginstellingen geeft als algemene achtergrond bij het relatief grote aantal van circa 160.000 cliënten zonder geldig RIO-indicatiebesluit dat het criterium van toegenomen zorgzwaarte, zoals door Taskforce RIO's werd aangehouden, zo gering was, dat een cliënt reeds bij een relatief geringe toename van zorg (binnen een productcode) in aanmerking zou komen voor herindicatie. Herindicaties die in veel gevallen niet werden afgegeven, omdat deze in het indicatiesysteem van vóór 1 april 2003 in de regionaal gemaakte bandbreedte-afspraken vielen.

⁴² Deze zijn: het kwantitatieve onderzoek naar non-indicaties in de thuiszorg, het PGB, transcompartimentale projecten, substitutie met welzijnsgerelateerde regelingen (zich met name uitend in toelatingen voor en gebruik van functies OB en AB), grenzenopzoekend gedrag van instellingen, faciliterend gedrag van Zorgkantoren en te ruime indicatiestelling.

⁴³ Wij hebben ervoor gekozen het rapport te schrijven aan de hand van de conclusies en niet op basis van de onderzoeksmodules.

Bandbreedteafspraken zijn afspraken die thuiszorginstellingen hebben gemaakt met RIO's en in de meeste gevallen ook met medeweten dan wel instemming van zorgkantoren, waarin werd vastgelegd in welke mate de zorgverlening aan cliënten naar boven (toegenomen zorgzwaarte) dan wel naar beneden (afgenomen zorgzwaarte) mocht afwijken ten opzichte van het indicatiebesluit. Deze bandbreedteafspraken hebben in de meeste gevallen betrekking op een uitbreiding van het aantal uren binnen dezelfde soort zorg (BIO-productcode) dan wel uitbreiding naar een 'naastgelegen' zorgsoort. Zo waren bijvoorbeeld de BIO-productcodes 506 (huishoudelijke zorg) en 507 (alphahulp) onderling uitwisselbaar. Situaties waarin de zorgverlening in intensiteit (functie en/of klasse) afnam ('downgrading') worden nagenoeg nooit door instellingen om herindicatie bij RIO's aangemeld. Het nut van bandbreedteafspraken onder het nieuwe indicatiesysteem sinds 1 april 2003 bestaat in aanzienlijk mindere mate, omdat in dit systeem per functie een aantal klassen wordt onderkend, waarin reeds een zekere bandbreedte in uren wordt aangegeven. De facturering door thuiszorginstellingen aan de zorgkantoren vindt over 2003 en 2004 overigens nog plaats op basis van de prestatie-eenheden, zoals bepaald door het CTG.

Uit ons onderzoek is gebleken dat niet alle thuiszorginstellingen cliënten die onder een bandbreedteafpraak vielen aan de Taskforce hebben gemeld. Deze interpretatie is in een aantal gevallen door de Taskforce RIO's (in overleg met het CVZ) als juist bestempeld, waarbij zij als voorwaarde stelde dat sprake was van een officiële, schriftelijke afspraak tussen het RIO en de thuiszorginstelling. In de responsgroep van ons onderzoek is hiervan bij één thuiszorginstelling sprake. Hierdoor bestaat onzekerheid op welke wijze de andere thuiszorginstellingen hiermee zijn omgegaan. Het is niet uit te sluiten dat ook andere instellingen cliënten, die vielen onder een officiële bandbreedteafpraak met het RIO, niet hebben gemeld. Dit geldt zowel voor instellingen die wel een cliëntoverzicht hebben aangeleverd als voor de 38 instellingen die in het onderzoek van de Taskforce hebben aangegeven geen zorg te verlenen aan cliënten zonder een volledig geldig indicatiebesluit⁴⁴.

Bovenstaande betekent dat er geen zekerheid bestaat over de volledigheid van het aantal door de Taskforce gemelde 150.000 (later verhoogd naar circa 160.000) cliënten zonder een geldig RIO-indicatiebesluit. In onze communicatie met de instellingen hebben wij geprobeerd duidelijkheid te scheppen over de te hanteren definities om het overzicht van cliënten zo volledig mogelijk te krijgen. Wij kunnen hierover geen zekerheid verschaffen, omdat wij hiernaar geen onderzoek hebben gedaan. Deze beperking betekent dat geen statistische uitspraken mogelijk zijn over de omvang van het aantal cliënten dat niet is aangemeld bij de Taskforce

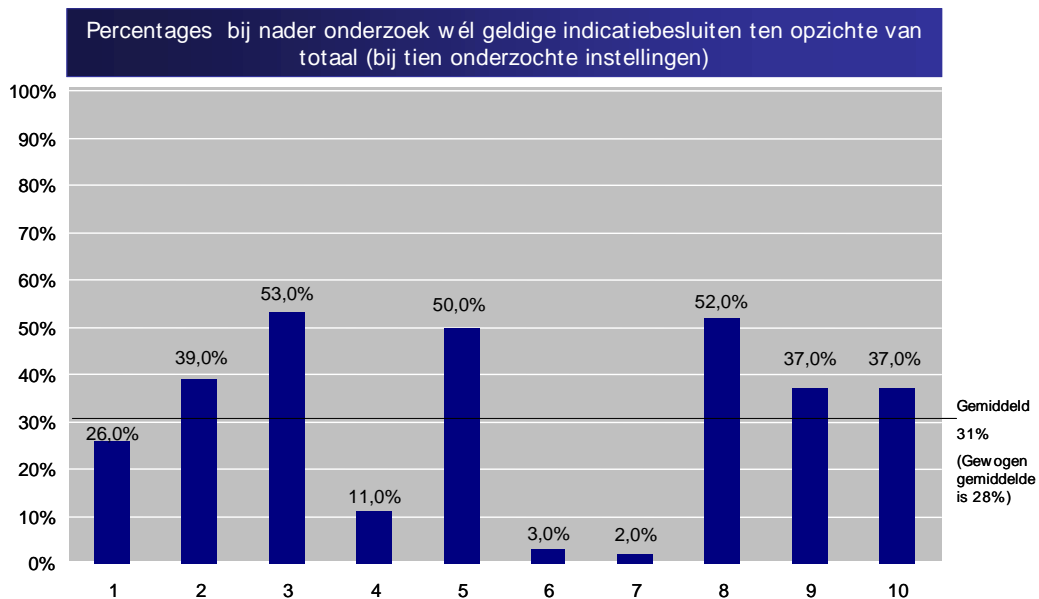
⁴⁴ In het rapport van Taskforce RIO's wordt gesproken van 41 instellingen; drie daarvan hebben desgevraagd aangegeven wel een reactie aan de Taskforce te hebben gestuurd.

maar waaraan wel zorg wordt verleend zonder indicatiebesluit. Deze aanvullende zekerheid is te verkrijgen door aanvullend onderzoek bij thuiszorginstellingen te doen.

2. Analyse

Uit ons onderzoek is gebleken dat gemiddeld circa 4% van de totale populatie van de aangemelde cliënten minder dan één maand zorg ontving per 31 december 2003. Dit criterium heeft de Taskforce RIO's aan haar onderzoek toegevoegd om te voorkomen dat cliënten, die zich in de loop van december 2003 aanmeldden voor thuiszorg, nog niet over een indicatiebesluit konden beschikken, omdat deze nog in behandeling was, terwijl zij wel als 'indicatiebesluit niet aanwezig' in het bestand van de Taskforce opgenomen zouden worden.

In een relatief groot aantal gevallen (gewogen gemiddelde van 28%) blijken cliënten, volgens de verkregen informatie van de tien thuiszorginstellingen, wél te beschikken over een geldig indicatiebesluit. Wel blijken er grote verschillen te bestaan tussen de tien thuiszorginstellingen: twee instellingen blijken nauwelijks cliënten met een geldig indicatiebesluit te hebben gemeld, waar de overige acht instellingen dit soort cliënten hebben aangeleverd variërend van circa 2 – 53% (zie onderstaande grafiek).



Figuur 3: Percentages wel geldige indicatiebesluiten ten opzichte van het totaal aantal indicaties

De standaarddeviatie voor het percentage wel-geïndiceerden is 19%. Ondanks deze grote standaarddeviatie, die een weergave is van de spreiding in de figuur, is het gemiddelde redelijk nauwkeurig geschat. Met 90% betrouwbaarheid kunnen

we op basis van de 405 beoordeelde cliënten inschatten dat het landelijke percentage wel-geïndiceerden tussen de 27% en 30% ligt.

Adviesbureau HHM hield er rekening mee, dat 10 – 15% van alle aangeleverde cliënten toch over een geldig indicatiebesluit zouden blijken te beschikken. Bij een aantal instellingen bleek overigens enige onduidelijkheid te bestaan over de criteria op basis waarvan kon worden vastgesteld of al dan niet sprake was van een geldig indicatiebesluit. Zo werd door sommige instellingen verondersteld dat indien een indicatiebesluit in het verleden was afgegeven en de einddatum nog niet was verstreken, sprake was van een geldig indicatiebesluit, zonder dat hierbij werd nagegaan of de geleverde zorg (in soort en omvang) in overeenstemming was met de geïndiceerde zorg. Andere instellingen zijn uitgegaan van de veronderstelling dat regionale afspraken met RIO en/of zorgkantoor een geldig indicatiebesluit impliceerde. Beide situaties hebben wij, voor zover thuiszorginstellingen deze cliënten aan de Taskforce RIO's hadden gemeld, in het licht van de gestelde criteria van een geldig indicatiebesluit beoordeeld en in voorkomende gevallen aangemerkt als niet-rechtsgeldige indicatiebesluiten. Zoals eerder aangegeven, zijn wij in dit onderzoek niet nagegaan of de instellingen alle cliënten zonder een volledig geldig RIO-indicatiebesluit aan de Taskforce hebben aangemeld.

Consequentie van een relatief grote groep van wél geldig geïndiceerden is dat het aantal cliënten waarop wij onze analyse van de oorzaken baseren lager ligt dan de 405 geselecteerde cliënten⁴⁵, namelijk:

- Circa 4% van de cliënten is niet reeds één maand in zorg per 31 december 2003.
- Gemiddeld circa 28% van de cliënten blijkt wel te beschikken over een geldig indicatiebesluit.

Beide categorieën behoren om die redenen geen deel uit te maken van de totale populatie van circa 160.000 waarover in dit onderzoek een analyse van de oorzaken is uitgevoerd. Uitgaande van een totaal van circa 160.000 niet-volledig geïndiceerde cliënten impliceert dat circa 110.000 cliënten (afgerond) niet over een volledig geldig indicatiebesluit beschikken.

De belangrijkste bevindingen voor deze groep zijn hieronder naar de verschillende oorzaken nader uitgewerkt (paragraaf 1.3.4 en 1.3.5). Daarvóór in paragraaf 1.3.3. wordt aangegeven in welke tijdsperiode de cliënten zonder een volledig geldig indicatiebesluit vallen.

⁴⁵ Bij de opzet van ons onderzoek hebben wij hiermee rekening gehouden; het aantal cliënten zonder een volledig geldig RIO-indicatiebesluit is voldoende representatief om op basis daarvan een goed beeld te kunnen schetsen van de oorzaken van het niet-aanwezig zijn van geldige RIO-indicatiebesluiten.

3. Categorieën geen geldig indicatiebesluit conform Taskforce RIO

In de adviesaanvraag van VWS wordt als startdatum voor de onafhankelijke indicatiestelling genoemd 1 januari 1997. De datum van invoering van het Zorgindicatiebesluit (ZIB) ligt echter op 1 januari 1998. In dit onderzoek is door de meeste thuiszorginstellingen aangegeven dat de RIO's niet vóór 1998 operationeel zijn geworden. In een aantal gevallen is het RIO pas in de loop van 1999 en in een enkel geval nog later van start gegaan. Derhalve is in dit onderzoek de datum van de eerste tijdsperiode op 1 januari 1998 gesteld om een zo goed mogelijk inzicht te kunnen geven in de verschillende oorzaken van het niet-aanwezig zijn van indicatiebesluiten afgegeven door een RIO.

Kijkend naar de manier waarop de cliëntenpopulatie is opgebouwd, blijkt het volgende:

Categorie al dan niet beschikbaar van een indicatiebesluit	Totaal cliënten (absoluut)	Percentage cliënten (relatief)
Aantal in onderzoek	405	100%
Wel geldig indicatiebesluit	115	28%
< 1 maand in zorg	17	4%
Aantal zonder geldig indicatiebesluit	273	68%

Figuur 4: Overzicht van alle in de steekproef betrokken gevallen, gerangschikt naar al dan niet hebben van een indicatiebesluit

Van de 405 geselecteerde cliënten in ons onderzoek blijken dus 273 cliënten geen (volledig) geldig indicatiebesluit te hebben. De perioden waarin de betreffende cliënten in zorg zijn gegaan zijn in figuur 4a uitgedrukt in een percentage ten opzichte van deze 273 cliënten.

Categorie niet-beschikbaarheid indicatiebesluit	Periode				Totaal cliënten (absoluut)	Percentage cliënten (relatief)
	< 1998	01-01-1998	01-04-2003	heden		
				onbekend		
Totaal (in %)	23%	67%	9%	1%	273	100%

Figuur 4a: Overzicht van niet-geïndiceerden per categorie, naar tijdsperioden (absolute aantallen en percentages)

Uit het overzicht zijn de volgende belangrijkste conclusies naar tijdsperioden te trekken:

- Circa 23% van de aangeleverde cliënten zonder volledig geldig indicatiebesluit (circa 25.000 cliënten) ontvangen reeds thuiszorg vóór 1998. Dit betreft derhalve cliënten die reeds (een vorm van) thuiszorg ontvingen vóór het operationeel worden van de RIO's. Van deze categorie blijkt circa 80% in het geheel niet over een geldig indicatiebesluit te beschikken en bij circa 15% blijkt het indicatiebesluit te zijn verlopen. Gesprekken met een aantal thuiszorginstellingen wijzen uit dat zij vóór het operationeel worden

van de RIO's cliënten zelf indiceerden en dit in de vorm van een besluit vastlegden. Van deze groep zijn vanaf het operationeel worden van de RIO's geen officiële indicatiebesluiten afgegeven, tenzij sprake was van een toegenomen zorgzwaarte. Het Zorgindicatiebesluit 1998 geeft ook aan dat de groep die reeds een vorm van thuiszorg ontving vóór 1997 geen indicatiebesluit nodig had, indien de zorgvraag niet was veranderd. Naar onze mening bestaat onduidelijkheid over de groep van thuiszorgcliënten die een vorm van thuiszorg zijn gaan ontvangen, ná 1 januari 1997 maar voor de inwerkingtreding van het Zorgindicatiebesluit per 1 januari 1998. Deze groep valt als het ware tussen twee regelingen (van vóór 1997 en vanaf 1998), waardoor geen duidelijkheid bestaat over de juridische status van de indicatie (eveneens voorzover deze groep als gevolg van uitbreiding van soort en/of omvang van zorg niet opnieuw geïndiceerd behoefde te worden).

- Circa 9% van de cliënten (circa 10.000 cliënten) die vanaf 1 april 2003 in zorg zijn gekomen beschikt niet over een geldig RIO-indicatiebesluit. Conclusie die hieruit kan worden getrokken, is dat RIO's in staat blijken steeds meer cliënten (tijdig) te indiceren. Aan de andere kant kan worden gesteld dat juist van deze categorie van cliënten die nog maar relatief korte tijd thuiszorg ontvangen, verwacht zou mogen worden dat hiervoor een geldig indicatiebesluit bestaat.
- Het grootste deel van de aangeleverde cliënten zonder geldig indicatiebesluit, circa 67% (circa 74.000 cliënten), bevindt zich, zoals ook reeds op grond van het rapport van de Taskforce mocht worden verwacht, in de periode van 1 januari 1998 tot 1 april 2003. Van deze categorie is in circa 41% van de gevallen geen indicatiebesluit afgegeven; in eveneens circa 41% van de gevallen is het indicatiebesluit verlopen en in circa 11% van de gevallen was sprake van toegenomen zorgzwaarte. In circa 7% van de gevallen konden instellingen geen categorie aangeven.

Voor het resterend deel van de cliënten, minder dan 1% (1.000 cliënten), kon niet worden aangegeven vanaf welk moment cliënten voor de eerste maal zorg zijn gaan ontvangen.

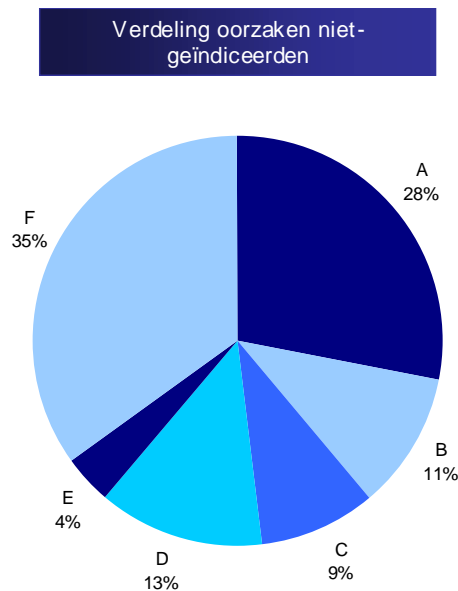
4. Hoofdoorzaken afwezigheid geldige indicatiebesluiten

In het onderzoek is een aantal hoofdoorzaken af te leiden waarom cliënten niet over een geldig indicatiebesluit blijken te beschikken. De belangrijkste oorzaken zoals weergegeven door de respondenten zijn:

Cat	Oorzaak	Aantal	%
A	Cliënt ontving reeds thuiszorg vóór invoering onafhankelijke indicatie-organen (1 januari 1998), dan wel vóórdat het RIO operationeel werd.	76	28%
B	Thuiszorginstelling heeft met RIO een afspraak gemaakt over het verlenen van extra thuiszorg binnen een overeengekomen bandbreedte.	31	11%
C	RIO's kunnen de stroom van (her)indicaties niet aan en geven de voorkeur aan 'nieuwe cliënten'.	24	9%
D	Thuiszorginstellingen hebben indicatiebesluit ná 1 januari 2004 ontvangen, dan wel hebben een aanvraag ingediend.	36	13%
E	Geldigheidsduur van het indicatiebesluit is niet vast te stellen, omdat geen einddatum is vermeld.	12	4%
F	Thuiszorginstellingen kunnen niet (op cliëntniveau) aangeven wat de oorzaak voor het niet-beschikbaar zijn van een indicatiebesluit is.	94	35%
		273	100%

Figuur 5: Hoofdoorzaken afwezigheid geldige indicatiebesluiten

Onderstaande figuur geeft de onderlinge verhoudingen grafisch weer.



Figuur 6: Hoofdoorzaken voor het niet aanwezig zijn van geldige indicatiebesluiten

5. Nadere uitwerking van de oorzaken

Hierna worden de achtergronden bij elk van de oorzaken nader uitgewerkt. Opvallend is dat de tien geselecteerde instellingen onderling belangrijke verschillen laten zien in de belangrijkste oorzaken (A tot en met E). Dit kan voor een belangrijk deel worden verklaard uit de verschillende soorten afspraken die thuiszorginstellingen regionaal hebben gemaakt met RIO('s) en/of zorgkantoren. Daarnaast kon ongeveer de helft van de instellingen niet op cliëntniveau een duidelijke oorzaak aangeven, omdat een en ander niet was af te leiden uit centraal vastgelegde gegevens dan wel omdat onze contactpersonen binnen een redelijk tijdsbestek de oorzaken hiervan binnen de organisatie niet konden nagaan (categorie E, zie hierna).

Ad A. Cliënt ontving reeds thuiszorg vóór invoering onafhankelijke indicatieorganen (1 januari 1998)

Gemiddeld circa 28% van de cliënten waarvoor geen RIO-indicatiebesluit aanwezig is (circa 31.000 cliënten), ontvingen al een vorm van thuiszorg voor januari 1998. In het merendeel van de gevallen ontvangen deze cliënten gedurende een aantal uur per week huishoudelijke verzorging (BIO-productcode 506) dan wel alphahulp (BIO-productcode 507). Deze categorie bestaat, naast de groep van cliënten die al in zorg waren vóór het operationeel worden van de RIO's (1998) waaronder een groep van AAW-ers, uit een groep van cliënten ná die datum, afkomstig uit regio's waar het RIO pas (veel) later operationeel is geworden. Wij hebben overigens geen verdergaand onderzoek gedaan naar de samenstelling van deze groep.

Van deze categorie is niet bekend van welk aantal cliënten de zorgzwaarte is toegenomen, zij het binnen de regionaal gemaakte bandbreedteafpraak. Veel instellingen geven aan dat deze groep van cliënten onder een "generaal pardon" vallen, waardoor zij niet (periodiek) bij een RIO voor herindicatie zijn aangemeld. Van één RIO kregen wij als extra informatie dat in de beginperiode van het RIO, zij voor AAW-ers nog het verzoek kregen voor een halfjaarlijkse indicatie, maar dat deze verzoeken na circa 1 jaar niet meer werden gedaan.

In veel gevallen liggen aan de zorgverlening geen duidelijke indicatiebesluiten (gesteld door de thuiszorg zelf) ten grondslag en is ook de termijn waarover de zorg kan worden geleverd niet nader gedefinieerd. Dit impliceert dat veel van deze cliënten gedurende een onbepaalde tijd een vorm van thuiszorg ontvangen. Uitgaande van de gegevens van de instellingen zelf, zijn in dit onderzoek cliënten naar voren gekomen, die reeds een vorm van thuiszorg ontvangen sinds eind jaren '70/begin jaren '80.

Meerdere instellingen geven aan te vrezen dat een (groot) deel van deze groep niet meer in aanmerking zou kunnen komen voor thuiszorg als zij volgens de huidige richtlijnen zouden worden geïndiceerd.

Ad B. Thuiszorginstelling heeft met RIO een afspraak gemaakt over het verlenen van extra thuiszorg binnen een overeengekomen bandbreedte

Bij negen van de tien thuiszorginstellingen die in dit onderzoek zijn betrokken, is gebleken dat bandbreedteafspraken zijn gemaakt tussen het RIO en de thuiszorgorganisatie; in de meeste gevallen met medeweten dan wel instemming van het zorgkantoor. Een aantal thuiszorginstellingen heeft aangegeven dat zij niet op cliëntniveau heeft kunnen nagaan onder welke afspraak de desbetreffende cliënt viel, anders dan dat deze cliënten wel onder een van deze afspraken vielen. Uit de antwoorden van de instellingen is af te leiden dat bij gemiddeld circa 11% van de cliënten (circa 12.000 cliënten) sprake is van bandbreedteafspraken tussen instelling en RIO. Dit aantal is lager dan verwacht zou mogen worden, gelet op de het relatief grote aantal afspraken dat instellingen hebben gemaakt met RIO's. Daarnaast is deze lage uitkomst het gevolg van het gegeven dat ten minste één van de tien geselecteerde instellingen heeft aangegeven deze "bandbreedtecliënten" niet te hebben gemeld aan de Taskforce RIO's, omdat zij zijn uitgegaan van geldige indicatiebesluiten. Andere belangrijke oorzaak waarom dit percentage relatief laag is, heeft te maken met het gegeven dat een (belangrijk) deel van de cliënten behorende tot categorie A sinds startdatum zorg een toegenomen zorgzwaarte kent, die onder een bandbreedteafpraak viel.

Voorbeelden van bandbreedteafspraken, die bij meerdere instellingen voorkomen, zijn:

- In sommige regio's mogen thuiszorginstellingen binnen één productcode dan wel binnen een "productgroep" (zie voorbeeld hierna) meer zorg, variërend van 50 tot 100% ten opzichte van de indicatie, blijven leveren zonder dat hiervoor een nieuwe indicatie behoeft te worden aangevraagd. Van méérzorg wordt in het algemeen gesproken als er over een periode van 4 weken de gemiddeld geleverde zorg meer dan 1 uur afwijkt ten opzichte van de geïndiceerde zorg.

"Bandbreedtes

Door het afspreken van bandbreedte bij een product heeft de zorgaanbieder de mogelijkheid om de zorg te leveren binnen de afgesproken productgroepen en maximale omvang, zonder dat een nieuwe indicatie noodzakelijk is. Deze voorlopige afspraken gelden voor alle indicaties voor thuiszorgproducten, ongeacht de financieringsvorm van deze producten (zorg in natura, PBG en ITZ). Indien cliënt en zorgaanbieder beiden van opvatting zijn dat een wijziging van de zorginzet noodzakelijk is, is dit mogelijk binnen de (voorlopig) afgesproken bandbreedtes.

De bandbreedte naar producten:

Productgroep A:	506 Huishoudelijke verzorging
	507 Alphahulp
Productgroep B:	520 Verzorging
	512 Verpleging
Productgroep C:	512 Verpleging
	519 Gespecialiseerde verpleging
Productgroep D:	508 Gespecialiseerde verzorging

Indien er sprake is van een wijziging van het product dat niet binnen dezelfde productgroep valt, is een nieuwe indicatie noodzakelijk. Voor de situaties waarin sprake is van afbouw van de zorginzet (naar omvang en/of aard) kan zonder nieuwe indicatie overgestapt worden van productgroep C naar productgroep B/A of van productgroep B naar productgroep A, mits er al huishoudelijke taken zijn geïndiceerd.

De bandbreedte naar omvang:

Voor de wijziging in omvang is, binnen de (voorlopig) afgesproken bovengrenzen geen nieuwe indicatie noodzakelijk;

Huishoudelijke verzorging en alphahulp:

- *alleenstaand/meerpersoonshuishouden* 12 uur per week
- *gezin met kinderen* 36 uur per week

Persoonsgebonden verzorging en verpleging 3 uur per dag

Een nieuwe indicatie is noodzakelijk indien de noodzakelijke zorginzet deze bovengrenzen zou overschrijden. wanneer financiering plaat moet vinden middels de ITZ-regeling (per 1 januari 2002 afgeschaft, toevoeging Deloitte), meer dan 3 uur zorgverlening per dag, is een RIO-indicatie noodzakelijk.”

Voorbeeld 1 van een schriftelijke bandbreedte-afpraak (april 2001)

(...) “In deze lijn hebben wij in overleg met het Bureau Zorgtoewijzing gekeken welke bandbreedtes er is voor de indicaties van voor 1 april (2003; toevoeging Deloitte). Een overzicht daarvan is toegevoegd als bijlage.(...) Binnen deze mogelijkheden is het de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om op een verantwoorde manier een passend zorgaanbod te doen en hoeft geen vervolgindicatie te worden aangevraagd indien de geldigheidstermijn van het indicatiebesluit nog niet is verlopen.”

Bijlage bij brief:

“Voor de thuiszorgproducten geïndiceerd voor 1 april 2003 gelden de volgende bandbreedten:

<u>Geïndiceerd product:</u>	<u>Bandbreedte in uren:</u>
<u>506 Huishoudelijke verzorging</u>	+ 50%
<u>507 Alphahulp</u>	<u>(uitwisselbaar met 506)</u>
<u>508 Gespecialiseerde verzorging</u>	+ 50%
<u>512 Verpleging</u>	+ 100%
<u>519 Gespecialiseerde verpleging</u>	+ 100%
<u>520 Verzorging</u>	+ 100%

Indien de cliënt meer of andere zorg nodig heeft dan de bandbreedte aangeeft is een vervolgingindicatie nodig.”

Voorbeeld 2 van een bandbreedteafpraak (brief RIO aan thuiszorginstelling, mei 2003)

- Thuiszorginstellingen volgen een zogenaamde ‘verkorte route’, waarbij zij een inschatting maken van de extra benodigde zorg op weekbasis, dus zelf een vorm van indicatie doen, en dit voorstel indienen bij het RIO. Dit verzoek gebeurt al dan niet met mondelinge dan wel schriftelijke instemming van de cliënt. Het RIO bekrachtigt dit verzoek tot meerzorg door op het formulier voor akkoord te tekenen en terug te sturen naar de thuiszorginstelling (incidenteel vindt deze terugkoppeling van RIO naar thuiszorginstelling niet meer plaats; zie ook onder C.). Omdat in deze gevallen veelal geen eindtermijn wordt gesteld, kent de bijgestelde indicatie dezelfde looptijd als het eerder afgegeven indicatiebesluit. In die gevallen waarin helemaal geen indicatiebesluit is afgegeven (cliënten van vóór 1998), impliceert dit dat de verhoogde zorgverlening voor onbepaalde tijd kan doorlopen.
- Binnen bepaalde condities mag de thuiszorg ook de naast hogere zorgcategorie leveren, al dan niet gekoppeld aan een bepaalde periode waarover deze meer zorg geleverd mag worden.
- De thuiszorg mag de geïndiceerde zorg ook na het verstrijken van de einddatum van het indicatiebesluit blijven leveren tot een langere periode die afhankelijk is van de soort zorg.

“Voor cliënten waarbij de geldigheidsduur van de indicatiestelling is verstreken vóór 1 april 2004 wordt door het zorgkantoor een generaal pardon afgekondigd. Dit betekent dat voor deze groep cliënten geen vervolgingindicatie hoeft te worden aangevraagd. De huidige indicatiestelling blijft voor deze groep tot nader order van kracht.”

Voorbeeld 3 (brief thuiszorginstelling aan zorgkantoor ter bevestiging van de met het zorgkantoor gemaakte afspraken, april 2003)

Ad C. RIO's kunnen de stroom van (her)indicaties niet aan en geven de voorkeur aan 'nieuwe cliënten'

In gemiddeld circa 9% van de gevallen (10.000 cliënten) hebben instellingen aangegeven dat zij geen verzoeken tot herindicatie indienen, omdat de RIO's de stroom niet aankunnen. In een aantal regio's heeft deze situatie geleid tot een zogenoemde operatie 'korte klap' gericht op het wegwerken van de achterstanden. Hierbij hebben hulpverleners van zorgaanbieders de indicaties uitgevoerd maar hebben de RIO's uiteindelijk de besluiten afgegeven.

Ook komt de situatie voor, waarbij thuiszorginstellingen in het kader van de zogenaamde 'verkorte route' (zie hiervoor) een voorstel voor meer zorg indienen bij het RIO, en waarbij het RIO (bij brief) heeft aangegeven deze gevallen wel te beoordelen maar hierover de instelling verder niet meer te berichten. In deze gevallen wordt derhalve de door de thuiszorg voorgestelde meerzorg geleverd, maar wordt geen nieuw (aangepast) indicatiebesluit afgegeven en volgt ook geen schriftelijke akkoordverklaring van het RIO.

"Per 1 januari 2003 stuurt RIO x bij enkelvoudige aanmeldingen en/of geprotocolleerde aanvragen geen fax of brief meer ter bevestiging van het besluit. De controle vindt wel plaats. Het RIO x kiest voor deze handelwijze omdat op deze manier efficiënter wordt omgegaan met tijd en papier gebruik."

Voorbeeld 4 (RIO aan thuiszorginstelling, januari 2003)

De RIO's voeren het zogenaamde 'veegbesluit' niet (volledig) uit. Het 'veegbesluit' impliceert dat in het geval waarin de thuiszorg een herindicatieverzoek bij het RIO indient, het RIO alleen de aangevraagde (extra) zorgbehoefte beoordeelt zonder na te gaan of de cliënt nog behoefte heeft aan andere vormen van zorg.

Dit brengt met zich mee dat een thuiszorginstelling in deze gevallen van één cliënt over meerdere indicatiebesluiten beschikt, waarbij onzekerheid bestaat of de eerder afgegeven besluiten (voor andere vormen van zorg) nog wel relevant zijn. Dit betekent onzekerheid of het eerder afgegeven indicatiebesluit nog geldig is. Met andere woorden: RIO's voeren niet in alle gevallen een volledige indicatie op alle mogelijke zorgbehoeften van de cliënt uit. Voor de thuiszorginstelling betekent dit ook dat zij meerdere indicatiebesluiten administratief dient te verwerken, waarbij de geldigheidsduur van de verschillende besluiten onderling kunnen verschillen.

Ad D. Indicatiebesluit is afgegeven in de loop van 2004

In circa 13% van de gevallen (circa 14.000 cliënten) is bij afwezigheid van een geldig indicatiebesluit in de loop van 2004, dus na peildatum van het onderzoek (31 december 2003) een indicatiebesluit afgegeven. In veel gevallen konden instellingen niet aangeven wanneer zij het verzoek tot herindicatie hadden gedaan, hetgeen ook pas ná 31 december 2003 kan zijn gebeurd. Hierdoor kan niet worden vastgesteld of het indicatiebesluit binnen de wettelijke termijn van 6 weken is afgegeven. Voor dit onderzoek hebben wij cliënten in deze categorie ingedeeld indien indicatiebesluit in de loop van 2004 door de thuiszorginstelling is ontvangen dan wel is aangevraagd vóór 31 december 2003. In veel gevallen hebben wij vastgesteld dat het besluit (veel) later dan 6 weken na de aanvraag wordt afgegeven, oplopend tot circa 5 maanden.

Ad E. Geen geldigheidsduur op indicatiebesluit vermeld

In een aantal gevallen, circa 4% (circa 4.500 cliënten) blijken RIO's geen einddatum op het indicatiebesluit te hebben vermeld. Hierdoor is niet vast te stellen of de zorg nog geleverd kan worden. In formele zin, overeenkomstig de bepalingen van het ZIB, dient in dergelijke gevallen te worden gesproken van niet-geldige indicatiebesluiten. Dit gegeven heeft thuiszorginstellingen geen reden gegeven om deze cliënten voor herindicatie aan te melden.

Ad F. Instellingen kunnen geen oorzaken op cliëntniveau aangeven

Deze categorie omvat circa 38.500 cliënten (35%), waarbij in veel gevallen thuiszorginstellingen de oorzaak van het niet aanwezig zijn van een indicatiebesluit op cliëntniveau niet kunnen aangeven. Dit percentage is overigens grotendeels bepaald door vier van de in dit onderzoek geselecteerde tien, met name grote(re) thuiszorginstellingen. Vooral cliënten die reeds vanaf 1998/1999 zorg ontvangen, blijken de thuiszorginstellingen de gegevens óf niet afdoende te hebben vastgelegd in een centrale administratie óf niet systematisch te hebben vastgelegd in een cliëntendossier. Instellingen geven ook aan dat het indicatiebesluit bij de "regionale teams" aanwezig kunnen zijn, dan wel bij de cliënt thuis. Navraag hiernaar in de organisatie is door een aantal instellingen niet gedaan, omdat dit de zorgmanagers te veel zou belasten. Instellingen geven als andere oorzaak aan dat (her)indicaties wel bij het RIO zijn aangevraagd, maar het RIO nog geen besluit heeft afgegeven. Instellingen kunnen echter in veel gevallen niet aangeven wanneer zij (namens hun cliënt) een verzoek tot (her)indicatie hebben ingediend, zodat hierop geen bewaking van de voortgang kan plaatsvinden. Een aantal grote(re) instellingen geeft aan dat zij niet in staat zijn om de benodigde informatie (binnen een redelijk tijdsbestek) op cliëntniveau te verstrekken.

Ter illustratie hebben wij hierna in het kader een notitie weergegeven van één van de vier hiervoor genoemde instellingen, die ons in het kader van dit onderzoek is

verstrekt. Deze instelling kan in circa 70% van de geselecteerde cliënten de oorzaak niet aangeven. Hierin geeft een directeur cliëntenservice van een grote thuiszorginstelling aan waarom van een relatief groot aantal cliënten geen oorzaak op cliëntniveau te geven is:

“(...) Ik ben er in geslaagd om op cliëntniveau de startdatum eerst geleverde zorg vast te stellen. Het op cliëntniveau vaststellen van de reden van het niet hebben van een geldige indicatiestelling blijkt echter niet mogelijk en ik moet dus volstaan met het geven enkele algemene redenen. Bijgaand heb ik documenten toegevoegd die mijn opsomming ondersteunen en/of verduidelijken. Hierbij een opsomming van redenen die kunnen verklaren dat onze thuiszorginstelling... niet in het bezit is van een geldige indicatiestelling [niet integraal overgenomen, Deloitte]:

- *Het niet ontvangen van indicatiebesluiten naar aanleiding van enkelvoudige of geprotocolleerde aanvragen van het RIO.*
- *Het niet consequent toepassen van het veegbesluit door alle indicatieorganen in onze regio.*
- *Het uitblijven van indicatiestelling naar aanleiding van zorginzet via de verkorte route (met andere woorden het uitblijven van de indicatie achteraf) als opvolging van de goedkeuring van de vraag (de bekende stempel).*
- *Het ontbreken van een centraal bewakingssysteem (tot 01-01-04) met betrekking tot de geldigheid van een indicatie; de verantwoordelijkheid voor de bewaking en (vervolg-/her-) indicatieaanvraag lag bij de eerstverantwoordelijke van de cliënt.*
- *Het ontbreken van essentiële gegevens in het indicatiebesluit (RIO besluitnummer/ geldigheidsduur c.q. einddatum) waardoor het besluit zijn ‘geldigheid’ niet kan aantonen.*
- *Het (door de thuiszorginstelling, toevoeging door Deloitte) niet volledig of correct invoeren van essentiële gegevens van het indicatiebesluit waardoor het besluit niet meer herkenbaar is als ‘geldig’.*
- *.....”*

Voorbeeld 5 (Notitie van thuiszorginstelling aan Deloitte)

Conclusie

De analyse naar oorzaken van het niet beschikbaar zijn van volledig geldige indicatiebesluiten vormt een belangrijk deel van het feitenonderzoek dat wij hiernaar hebben ingesteld. In deze paragraaf hebben wij de meest voorkomende oorzaken op basis van ons onderzoek gekwantificeerd weergegeven. Opvallend mag worden genoemd dat thuiszorginstellingen van een grote groep, circa 35% van alle aan de Taskforce gemelde cliënten, de oorzaak op cliëntniveau niet kunnen aangeven. De niet-gegeven oorzaken kunnen echter niet afwijkend zijn van de vijf hoofdoorzaken die wij hiervoor hebben uitgewerkt.

Hierdoor dringt zich de conclusie op dat veel thuiszorginstellingen er in de periode waarover dit onderzoek zich heeft uitgestrekt (vóór 1997 tot en met 2003) blijkbaar geen direct belang hebben om de indicatiebesluiten, als wettelijke basis

voor hun zorgverlening, op orde te hebben. Dit kan moeilijk aan één van de partijen alleen worden toegeschreven. Alle regionale partijen, bestaande uit thuiszorginstelling, RIO en zorgkantoor, waren van de praktische problemen in het indicatiesysteem op de hoogte. Het lijkt er op dat de situatie werd gedoogd.

Partijen zijn in veel regio's tot onderlinge (schriftelijke) afspraken gekomen over de toepassing van het indicatiesysteem. In dit verband zijn vraagtekens te plaatsen bij de rechtsgeldigheid waarmee regionale partijen bandbreedteafspraken hebben gemaakt. De bepalingen in het zorgindicatiebesluit zijn op zich duidelijk en geven niet aan dat partijen hiervan in onderling overleg kunnen afwijken. Hierdoor is ook bij thuiszorginstellingen onduidelijkheid ontstaan of cliënten waarvan de werkelijk geleverde zorg afweek van de geïndiceerde, zij het binnen de overeengekomen bandbreedte, als geldige indicatiebesluiten konden worden gekwalificeerd. Dit heeft betekend dat instellingen op een niet-eensluitende manier cliëntgegevens aan de Taskforce RIO's hebben aangeleverd. Een nadere kwantificering van het aantal cliënten dat instellingen mogelijk niet hebben aangeleverd, is gelet op het doel van dit onderzoek, niet te geven.

Een aantal zorgkantoren geeft aan dat zij de afgelopen jaren betrekkelijk weinig controle hebben uitgeoefend op de naleving van wet- en regelgeving en op de regionaal gemaakte afspraken. De controlemogelijkheden op cliëntniveau werden als relatief beperkt beschouwd; declaraties van thuiszorginstellingen konden niet op cliëntniveau worden gecontroleerd. Geen van de drie partijen afzonderlijk lijkt een belang te hebben (gehad) om zich aan de formele wet- en regelgeving ten aanzien van de indicatiestelling te houden. Er stonden geen sancties op het niet op orde hebben van de indicatiebesluiten; alle rekeningen van de thuiszorginstellingen werden over het algemeen betaald.

Een bijzondere categorie vormen de cliënten die reeds in zorg waren vóór het operationeel worden van de RIO's. Deze mensen ontvangen op basis van 'verworven rechten', die ook als zodanig in het zorgindicatiebesluit zijn aangegeven, zorg. Een deel van de groep is sindsdien niet meer geherïndiceerd, mede omdat er bandbreedteafspraken zijn gemaakt. De zorgverlening is aan deze categorie de afgelopen jaren derhalve voortgezet; in veel gevallen zonder een duidelijke einddatum dan wel datum van herindicatie.

Zonder gericht onderzoek te hebben gedaan naar het indicatiesysteem zelf, moet worden vastgesteld dat het indicatiesysteem in de thuiszorg de afgelopen jaren niet goed heeft gefunctioneerd, getuige het zeer grote aantal cliënten waarvan het indicatiebesluit niet meer geldig is dan wel niet (volledig) aansluit met de geleverde zorg.

6. Omvang en financieel volume geleverde niet (volledig) RIO-geïndiceerde zorg

Zoals hiervoor in paragraaf 1.3.2. is aangegeven schatten wij, op basis van de uitkomsten van het onderzoek van de Taskforce RIO's, het aantal cliënten zonder een volledig geldig RIO-indicatiebesluit op circa 110.000. Deze 110.000 cliënten ontvangen gezamenlijk circa 132.000 thuiszorgproducten. Dit impliceert dat elke cliënt gemiddeld 1,2 'thuiszorgproduct' (uitgedrukt in een BIO-code) ontvangt. Dit cijfer blijkt zowel uit het onderzoek van Taskforce RIO's als uit dit onderzoek.

Indien de verlening aan thuiszorg aan deze groep van cliënten wordt uitgewerkt in de soorten thuiszorg die zij ontvangen, ontstaat het navolgende beeld. Voor de meest voorkomende soorten zorg is weergegeven hoeveel procent van de cliënten zonder volledig geldig indicatiebesluit hiervan gebruik maakten. Tussen haakjes is vermeld het gemiddeld aantal uren per week per product, afgeleid uit het rapport van de Taskforce RIO's, alsmede het maximumtarief 2004 dat het CTG daarvoor hanteert in haar beleidsregel 'Extramurale zorgverlening':

- 506 (huishoudelijke verzorging): circa 41% (3,4 uur; €26,70)
- 507 (alphahulp) : circa 22% (3,0 uur; €13,30)
- 512 (verpleging) : circa 14% (3,2 uur; €58,90)
- 520 (persoonlijke verzorging) : circa 21% (4,6 uur; €34,10)
- overige soorten zorg : circa 2%

Om te kunnen beoordelen of sprake is mogelijk niet-rechtmatige zorgverlening is het noodzakelijk dat wordt vastgesteld welke van de hiervoor genoemde oorzaken voor het niet aanwezig van een volledig geldig indicatiebesluit een te rechtvaardigen reden vormen. In dit onderzoek doen wij daarover, gelet de opdrachtformulering, geen uitspraken. Om deze reden kan derhalve niet worden aangegeven of in (een deel van) de gevallen waarin geen volledig geldig indicatiebesluit bestaat sprake is van oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen. Bij de afweging van al dan niet rechtmatige zorgverlening en het financieel volume daarvan, dient nog in ogenschouw te worden genomen dat van de categorie cliënten die een niet-geïndiceerde toegenomen zorgverlening kent, de mogelijk niet-rechtmatigheid alleen bestaat voor het deel waarin de zorgverlening is toegenomen. Immers de zorg die deze categorie van cliënten al langer ontvangen, valt onder een eerder afgegeven indicatiebesluit.

Om echter enig inzicht te geven in de omvang en het financiële volume van de thuiszorg die wordt geleverd aan de 110.000 niet volledig RIO-geïndiceerden, kunnen de volgende gegevens worden aangehouden: 10.000 niet (volledig) RIO-geïndiceerden ontvangen wekelijks ruim 34.000 uur zorg, waarvan de (maximale) declaratiewaarde van de thuiszorginstellingen aan de zorgkantoren overeenkomt met circa €1,1 miljoen. Let wel: om een uitspraak te kunnen doen over het deel

daarvan dat als onrechtmatig dient te worden gekwalificeerd, is het noodzakelijk dat eerst van elke in dit rapport genoemde oorzaak wordt aangegeven of deze al dan niet een (rechts)geldige reden vormt voor het leveren van zorg. Naar onze mening kan zonder die kwalificatie niet de conclusie worden getrokken dat sprake is van oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen ter hoogte van genoemd bedrag.

7. Indicatiestelling bij de 38 thuiszorginstellingen

Zoals in paragraaf 1.3.1 is vermeld hebben 38 thuiszorginstellingen aan de Taskforce RIO's laten weten dat zij geen thuiszorg verlenen aan cliënten zonder een geldig indicatiebesluit. Hoewel desgevraagd aan ons is aangegeven dat deze groep geen onderwerp van ons onderzoek moest zijn, hebben wij om enig inzicht te verkrijgen in de achtergronden van deze instellingen een achttal instellingsdirecteuren telefonisch benaderd.

Uit de telefonisch gevoerde gesprekken blijkt dat de groep van 38 instellingen is te verdelen in:

- Een groep instellingen die voldoet aan de volgende kenmerken:
 - Relatief kleine organisatie;
 - Organisatie is pas relatief kort actief op de markt van de thuiszorg;
 - Instelling richt zich voornamelijk op particuliere, niet-geïndiceerde thuiszorg dan wel op houders van een persoonsgebonden budget.
- Een groep van reguliere thuiszorginstellingen, die hun zorg leveren aan daartoe door RIO's te indiceren cliënten.

In die gevallen waarin de eerste groep instellingen zorg verleent aan cliënten die recht hebben op AWBZ-zorg, geven zij aan er voor te zorgen dat de indicatiebesluiten binnen zijn, omdat zij anders financieringsproblemen vrezen met het zorgkantoor dan wel met de inspecteur van de omzetbelasting (voor het verlenen van niet-vrijgestelde zorg).

Vier van de acht instellingen voeren verschillende redenen aan waarom zij geen cliëntgegevens aan de Taskforce hebben aangeleverd. Genoemde redenen zijn onder meer dat zij door administratieve problemen in combinatie met de beperkte tijd die beschikbaar was, niet in staat waren cliënten waarvan het indicatiebesluit niet volledig in orde was, te melden aan de Taskforce. Ook deze instellingen geven aan dat zij cliënten in zorg hebben van vóór 1998 en dat zij bandbreedteafspraken hebben gemaakt met het RIO.

Conclusie

Op grond van de beperkte navraag bij acht instellingen is het beeld ontstaan dat in ieder geval bij een aantal van de 38 instellingen soortgelijke problemen omtrent de indicatiebesluiten bestaan als bij de tien thuiszorginstellingen die deel hebben

uitgemaakt van dit onderzoek. Over het exacte aantal instellingen en het totaal aantal cliënten waarvan geen volledig geldig indicatiebesluit aanwezig is, kunnen wij geen nadere uitspraken doen, omdat hiernaar geen gericht onderzoek heeft plaatsgevonden. Een deel van de groep van 38 instellingen blijkt te bestaan uit instellingen die nog relatief korte tijd op de markt operationeel zijn en zich voornamelijk richten op particuliere zorgvragers dan wel PGB-houders.

1.4 Het Persoonsgebonden Budget

Het Persoonsgebonden Budget (PGB) is in de jaren negentig van de vorige eeuw toegevoegd aan het AWBZ-stelsel om een combinatie van politieke en maatschappelijke doelstellingen te verwezenlijken. Enerzijds wilde men de zelfstandige positie van de cliënt versterken om er zeker van te zijn dat de juiste hulp werd geboden, niet meer maar ook niet minder. Anderzijds wilde men door een plafond in te bouwen (gemiddeld 75% van het CTG-tarief voor zorg in natura) voor de vergoedingen voor erkende AWBZ-instellingen een prikkel creëren om prijsbewust zorg te leveren.

Instellingen kunnen daarbij een nieuwe markt aanboren mits zij tegen een lagere prijs aanbieden. Cliënten kunnen door PGB te gebruiken zorg op maat realiseren. Door bovendien de mogelijkheid te scheppen om mantelzorgers te betalen voor hun zorgwerk, ontstaat een extra prikkel om langer uit de reguliere zorg te blijven en wordt op die manier een bijdrage geleverd aan het beperken van de wachtlijsten.

PGB is in 2003 omgevormd tot PGB nieuwe stijl, waarbij meer mogelijkheden maar ook verantwoordelijkheden bij de cliënt zijn gelegd. Per 1 mei 2004 ontvingen 63.214 mensen een PGB. Hiervan vallen 26.808 onder de oude stijl en 36.406 onder het nieuwe regime⁴⁶.

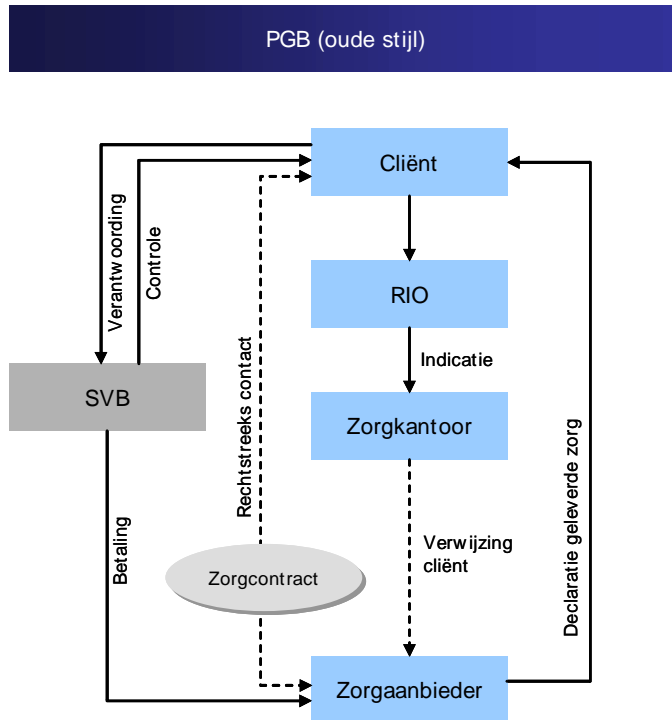
De onderzoeksvraag is op welke manieren het gebruik van PGB kan leiden tot oneigenlijk gebruik en of dit naar een eerste inschatting al dan niet op grote schaal gebeurt. In deze paragraaf bekijken wij op welke wijze oneigenlijk gebruik van het PGB mogelijk is onder de ‘oude stijl’ en de ‘nieuwe stijl’, wat de controlemogelijkheden zijn en wat de mogelijke omvang van oneigenlijk gebruik kan zijn. Wij sluiten de paragraaf af met enige observaties over het PGB.

⁴⁶ Cijfers CVZ.

PGB oude stijl

Administratief systeem en mogelijkheden voor oneigenlijk gebruik

In grote lijnen werkt het administratief systeem van PGB oude stijl als volgt.



Figuur 7: Administratief systeem PGB oude stijl

De budgethouder heeft een PGB-rekening bij de SVB. Hierop stort het zorgkantoor het toegekende budget (gemiddeld circa 75% van het CTG-tarief voor zorg in natura). De budgethouder stuurt de zorgcontracten die hij/zij afsluit naar de SVB, alsmede de periodieke facturen (dit laatste niet bij automatische afschrijving). De SVB controleert de zorgcontracten en de periodieke facturen. Bij gebleken juistheid keert de SVB uit aan de zorgaanbieder.

In theorie kunnen budgethouders in het oude stelsel op drie manieren AWBZ-middelen oneigenlijk gebruiken (de genoemde voorbeelden zijn fictief):

1. De budgethouder kan een zorgcontract naar de SVB sturen met een partij die geen AWBZ-verzekerde zorg levert (of die überhaupt geen zorg levert), bijvoorbeeld de garagehouder voor periodiek onderhoud van de auto.
2. De budgethouder kan een zorgcontract naar de SVB sturen met een partij die weliswaar in algemene zin AWBZ-verzekerde zorg levert, doch die volgens contract niet-AWBZ-verzekerde zorg kan leveren, bijvoorbeeld een thuiszorginstelling die overeenkomt de hond dagelijks uit te laten.
3. Een budgethouder kan een declaratie naar de SVB sturen die geen betrekking heeft op AWBZ-verzekerde zorg, bijvoorbeeld incidentele zwembadreiniging uitgevoerd door een gecontracteerde aanbieder.

Controlemogelijkheden en beperkingen PGB oude stijl

De SVB heeft controlemogelijkheden op contractniveau en op declaratieniveau. Zij controleert alle binnenkomende stukken handmatig aan de hand van de vraag of er sprake is van AWBZ-verzekerde zorg.

De controlemogelijkheden worden beperkt door drie factoren:

1. De SVB heeft geen inzicht in de indicatie. De SVB kan dus niet verifiëren of de gecontracteerde en geleverde zorg al dan niet geïndiceerd is.
2. De budgethouder wordt slechts om summere gegevens gevraagd, op basis waarvan controle vaak eigenlijk niet goed mogelijk is. De budgethouder die – ongevraagd – meer informatie verstrekt is dus bij toetsing in een minder gunstige positie dan degene die slechts summere informatie geeft.
3. Bij automatische afschrijving (circa 1/3 van de zorgcontracten) is er slechts één toetsmoment, namelijk bij ontvangst van het zorgcontract.

Geschatte omvang van oneigenlijk gebruik PGB oude stijl

Op basis van uitvoerige gesprekken met de SVB kan over de omvang van controlebaar oneigenlijk gebruik van PGB oude stijl de volgende zeer indicatieve schatting worden gegeven:

- Op contractniveau wordt er thans – anders dan in de beginfase van het PGB – nauwelijks meer oneigenlijk gebruik door de SVB waargenomen. Volgens de SVB weet ‘de budgethouder’ inmiddels wat wel en wat niet kan.
- Op declaratieniveau (in circa 2/3 van de gevallen wordt op basis van periodieke declaraties betaald) lijkt het oneigenlijk gebruik (inmiddels) beperkt tot niet meer dan 1 á 2% van alle (periodieke) declaraties⁴⁷.

Wij herhalen nogmaals dat men zich dient te realiseren dat grote delen van (het gebruik van) het PGB niet zichtbaar zijn voor de SVB, laat staan voor andere partijen in de keten. De toetsing door de SVB is marginaal, dat wil zeggen vindt plaats op basis van door budgethouders ingediende documenten. Hieraan ligt een uitgesproken gedachte ten grondslag, die de verantwoordelijkheid bij de budgethouder legt. Niet uitgesloten kan worden dat ‘in de praktijk’ dus meer oneigenlijk gebruik plaatsvindt dan in de indicatieve schatting hierboven aangegeven⁴⁸.

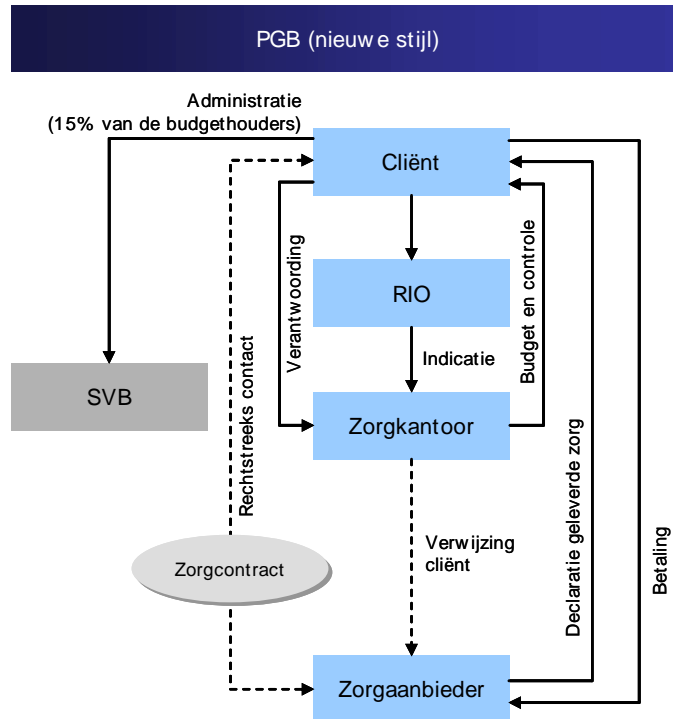
⁴⁷ Wij hebben dit in grote lijnen afgeleid aan de hand van de processen binnen de SVB: circa 80% van de declaraties is zonder meer in orde; 20% wordt ter toetsing voorgelegd aan een beoordelaar of manager. Circa 15% blijkt een administratieve onvolkomenheid te hebben (bijvoorbeeld ontbreken van handtekening). Hooguit 1 tot 2% is oneigenlijk te noemen. Bij twijfel vindt toetsing plaats bij het CVZ of wordt een overzicht geraadpleegd dat in samenspraak met het CVZ is opgesteld. Oneigenlijke declaraties worden niet betaalbaar gesteld.

⁴⁸ Het is volgens alle gesprekspartners evenwel een utopie te verwachten dat dat ‘onzichtbare’ oneigenlijke gebruik ooit zichtbaar kan worden gemaakt. Een gesprekspartner schreef ons na een interview het volgende: “*Het is bekend dat onder PGB houders de tip wordt gegeven altijd een factuur te vragen met bv ‘ondersteunende begeleiding’ of ‘activerende begeleiding’ en niet al te specifiek. Dat voorkomt dat het SVB moeilijk kan doen. Bijvoorbeeld bloemetjestherapie*”

PGB nieuwe stijl

Administratief systeem en mogelijkheden voor oneigenlijk gebruik

In grote lijnen werkt het administratief systeem van PGB nieuwe stijl als volgt.



Figuur 8: Administratief systeem PGB nieuwe stijl

Bij PGB nieuwe stijl is er meer vrijheid voor de budgethouder dan onder PGB oude stijl. Het zorgkantoor stort het toegekende budget op de rekening van de budgethouder. Deze besteedt het budget aan door hem/haar gecontracteerde zorg

kan tot lastige vragen leiden. Als hetzelfde wordt gefactureerd als activerende begeleiding gaat het gewoon door. Je kunt hier verschillend tegenaan kijken. Enerzijds is het PGB bedoeld om de verzekerde zelf te laten kiezen. Dan moeten ook alternatieve zaken misschien mogelijk zijn. Anderzijds wordt zo de mogelijkheid geschapen om niet-werkzame methoden door AWBZ-gelden te laten financieren. Met name bij AB is dat vreemd. Daar wordt immers een bepaald doel nagestreefd (aanleren van gedrag of vaardigheden). Dat proberen te bereiken met onwerkzame methoden is natuurlijk geld over de balk smijten. De modelovereenkomsten gaan overigens wel uit van de categorale benamingen (AB, OB, PV etc). Een specifiekere beschrijving op de factuur brengt [anderzijds] overigens ook de nodige problematiek met zich mee. Gezien de grote verscheidenheid en benamingen van zorg is het niet gemakkelijk uit te maken of iets al dan niet tot verzekerde zorg behoort."Desgevraagd geeft de gesprekspartner aan dat dit is gebaseerd "op informatie die we uit het veld hebben opgedaan". Wij hebben hiervan geen harde bewijzen. Ons inziens ondersteunt het de conclusie dat veel van het gebruik van het PGB onzichtbaar blijft voor toezichthoudende instanties. Zoals ook impliciet uit het citaat valt op te maken is dit overigens een keuze geweest, juist ook om budgethouders veel vrijheid te laten en om niet verstrikt te raken in al te specifieke omschrijvingen.

en stuurt achteraf de betreffende documenten (zorgcontract en facturen) naar het zorgkantoor. Circa 15% van de budgethouders kan (gratis) gebruik maken van een servicecentrum van de SVB, die de administratie verzorgt en in de meeste gevallen aan de SVB een machtiging geeft tot betaling aan de zorgaanbieder⁴⁹.

In vergelijking met PGB oude stijl zijn er in theorie meer mogelijkheden voor oneigenlijk gebruik. Immers, vóór het moment van betalen vindt in de nieuwe stijl geen toetsing plaats. De budgethouder kan in beginsel het budget aanwenden zoals hij/zij wil, of dit nu wel of geen AWBZ-verzekerde zorg betreft. Toetsing hiervan geschiedt uitsluitend achteraf.

Controlemogelijkheden en beperkingen PGB nieuwe stijl

In de nieuwe stijl is de controle verlegd van de SVB naar het zorgkantoor. Deze laatste heeft twee controlemogelijkheden om te kijken of er sprake is van AWBZ-verzekerde zorg:

- Periodieke controle van formulieren die de budgethouder na betaling indient.
- Steekproefsgewijze intensieve toetsing⁵⁰.

Op basis van gesprekken met zorgkantoren, CVZ en ZN signaleren wij de volgende controlebeperkingen:

- Bij sommige zorgkantoren heeft controle tot op heden geen tot lage prioriteit gehad. Sommige zorgkantoren hebben tot op heden in het geheel geen controle uitgevoerd naar het PGB (noch periodiek, noch steekproefsgewijs), sommige andere zorgkantoren doen dit mondjesmaat.
- Intensieve steekproeven worden zeer weinig uitgevoerd. Reden hiervoor zou zijn de intensiteit (een dergelijke controle beslaat circa vier uur) in combinatie met de (volgens zorgkantoren en ZN) lage vergoeding per budgethouder.
- Kwaliteit van de periodieke toetsing: volgens betrokkenen is deze controle ‘weinig zeggend’ omdat nauwelijks relevante gegevens uit de formulieren kunnen worden gedestilleerd. Dit euvel doet zich ook voor bij PGB oude stijl. De budgethouder wordt slechts om summiere gegevens gevraagd, op basis waarvan controle vaak eigenlijk niet goed mogelijk is. De budgethouder die – ongevraagd – meer informatie verstrekt is dus bij toetsing in een minder gunstige positie dan degene die slechts summiere informatie geeft.

Geschatte omvang van oneigenlijk gebruik PGB nieuwe stijl

Op basis van uitvoerige gesprekken met het CVZ, vijf zorgkantoren en de SVB kunnen over de omvang van oneigenlijk gebruik de volgende (zeer indicatieve) opmerkingen worden geplaatst.

⁴⁹ Volgens de SVB geeft 99% van deze 15% een machtiging af.

⁵⁰ Door sommige partijen ook wel ‘schoenendooscontrole’ genoemd.

- Eén zorgkantoor heeft bij wijze van ‘pilot’ voor een onderzoek van het CVZ steekproefsgewijs een intensieve toetsing uitgevoerd. Het percentage van overduidelijk oneigenlijk gebruik (na aanmaningen) kwam daarbij uit op 3%.
- Eén (kleiner) zorgkantoor heeft alle budgethouders onderworpen aan een periodieke controle. Oneigenlijk gebruik is daarbij nauwelijks aangetroffen (1%). Het zorgkantoor benadrukt daarbij wel dat met dit soort controles zeer weinig relevante gegevens boven tafel komen.
- Een ander zorgkantoor heeft circa 1,5% oneigenlijk gebruik aangetoond. Dit zorgkantoor benadrukt eveneens dat met deze controle zeer weinig relevante gegevens boven tafel komen.
- Bij de meeste gesprekspartners leeft het vermoeden dat het controleerbare oneigenlijke gebruik van PGB niet meer dan 5% behelst.

Op basis hiervan is de voorlopige uiterst indicatieve conclusie dat controleerbaar oneigenlijk gebruik beperkt lijkt te blijven van 1 tot 5%.

Wel realiseren alle partijen zich dat veel aspecten van het PGB buiten beeld blijven en dat wie echt het PGB oneigenlijk wil aanwenden, dit op relatief gemakkelijke wijze kan doen⁵¹. Bij instandhouding van het huidige systeem dient aanvaard te worden dat zich veel buiten het gezichtsveld afspeelt en de controlemogelijkheden PGB-breed (zeer) beperkt blijven.

Naast de mogelijkheden en omvang van oneigenlijk gebruik van PGB oude en nieuwe stijl behandelen wij hieronder kort de omvang van niet aan het zorgkantoor verstuurde verantwoordingsformulieren alsmede incassoproblematiek waar de SVB op stuit. Wij sluiten af met een aantal algemene observaties.

Niet aan het zorgkantoor verstuurde verantwoordingsformulieren (PGB nieuwe stijl)

In de praktijk blijkt een relatief groot aantal budgethouders de verantwoordingsformulieren niet of niet tijdig aan het zorgkantoor te sturen.

Uit een rapport dat ZN heeft aangeboden aan het CVZ⁵² blijkt dat 58,9% van de verantwoordingsformulieren op tijd worden opgestuurd⁵³. 23,5% wordt te laat gestuurd (na rappel). 17,7% van de formulieren wordt volgens de zorgkantoren

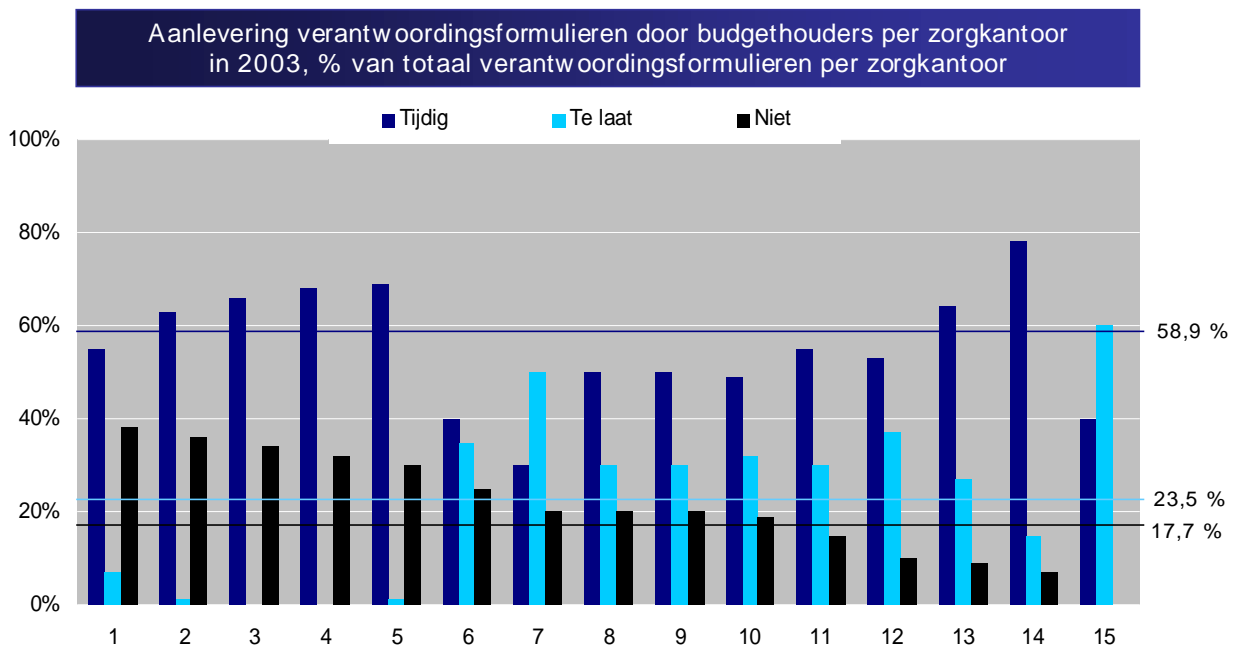
⁵¹ Zoals een gesprekspartner opmerkt: “*Je ziet alleen de slechte fraudeurs*”. Dit citaat is door meerdere ondervraagden in verschillende bewoordingen gehanteerd.

⁵² Bij brief van 13 mei 2004.

⁵³ Dat wil zeggen binnen 8 weken na afloop van de periode. Percentages zijn gewogen gemiddelden (gebaseerd op de hoeveelheid budgethouders bij de zorgkantoren die hebben meegedaan aan het onderzoek), van de 16 zorgkantoren onder weging van hun PGB-portefeuille. ZN was in haar rapport aan CVZ uitgegaan van ongewogen gemiddelden, hetgeen tot enigszins afwijkende resultaten leidt.

überhaupt niet gestuurd, ook niet na twee aanmaningen⁵⁴. Niet bekend is wat de reden is van het niet opsturen van de verantwoordingsformulieren. Redenen kunnen zijn overlijden of opname van de budgethouder, laksheid, het onvermogen om te gaan met correspondentie of administratieve verplichtingen of oneigenlijk gebruik⁵⁵.

De percentages van niet verstuurd formulieren verschillen aanzienlijk per zorgkantoor, zoals onderstaande figuur laat zien.



Figuur 9: Percentages van verantwoordingsformulieren die op tijd, te laat en niet zijn verstuurd aan zorgkantoren, 2003. Bron: ZN (bewerkt door Boer & Croon)

ZN schrijft hierover in genoemd rapport: *De zorgkantoren die budgethouders doelgericht benaderen bij het einde van de voorschotperiode en attenderen op het indienen van het verantwoordingsformulier, scoren beduidend hoger dan de andere zorgkantoren.*

Indien na twee aanmaningen de formulieren nog niet worden verstuurd, wordt het PGB beëindigd. De betaalde voorschotten dienen in een dergelijk geval te worden teruggevorderd. Een medewerker van ZN zegt hierover: *“Ik heb geen signalen gehad van zorgkantoren dat dit (op grote schaal) tot terugvorderingsproblemen leidt”*⁵⁶.

⁵⁴ Vier respectievelijk twee weken nadat de eerste 8 weken zijn verlopen.
⁵⁵ Categorieën verondersteld door Boer & Croon op basis van gesprekken.
⁵⁶ E-mail van 25 juni 2004 aan Boer & Croon.

Saldotekort bij PGB nieuwe stijl

De budgethouder lijkt niet altijd in staat de betalingsverplichtingen aan de zorgaanbieder te voldoen. In welke mate dit het geval is en om welke redenen, valt buiten het gezichtsveld van de zorgkantoren. Dit is anders in die gevallen, waarin de SVB door de budgethouder gemachtigd is tot betaling van de zorgaanbieder uit het PGB. Het kan interessant zijn te weten in hoeverre budgethouders op de betaaldatum over onvoldoende saldo beschikken.

Op ons verzoek heeft de SVB hiertoe een steekproef gehouden bij de incasso-opdrachten die zij uitvoert bij de budgethouders, waarvoor zij gemachtigd is de betaling aan de zorgaanbieder uit te voeren. Bij de uitvoering van de onderzochte incasso-opdrachten in de periode april - mei 2004 is de SVB bij circa 1.600 van de circa 21.400 incasso's (dus circa 7,4%) op een probleem gestuit, waardoor deze incasso's mislukt zijn. In circa 49% van de mislukte incasso's (derhalve in circa 3,7% van het totaal aantal incasso's) is saldo tekort de reden voor het mislukken van de incasso's.

Bij een saldo tekort hoeven de redenen hiervoor zeker niet te zijn dat het budget dús aan andere zaken dan aan zorg is besteed. De budgethouder kan bijvoorbeeld ook daags voor de incasso-opdracht van de SVB een bepaalde betaling hebben verricht en het betreffende bedrag daags erna weer op zijn rekening storten. Een andere reden zou kunnen zijn dat het zorgkantoor niet tijdig het budget overmaakt aan de budgethouder. ZN wenst deze suggestie te ontkrachten, stellende dat zorgkantoren juist alles in het werk stellen om het budget tijdig op de rekening van de budgethouder te hebben (ZN spreekt hier begrijpelijkerwijs van "*het grootste afbreukrisico*").

Wat de redenen ook mogen zijn, een percentage van 3,7% mislukte incasso's is aanzienlijk te noemen. Overigens verricht de SVB na drie mislukte incasso-opdrachten geen betalingen meer namens de budgethouder. De SVB voorziet de budgethouder in dat geval nog wel van loonstrookjes, met behulp waarvan hij/zij de betalingen zelf kan verrichten. Naar eigen zeggen heeft de SVB dit tot en met juni 2004 nog niet hoeven doen.

Algemene opmerkingen over het gebruik van het PGB⁵⁷

- Bedoeld als middel om meer vrijheid te geven aan budgethouders, zijn er sterke signalen dat budgethouders de systematiek juist te ingewikkeld vinden. Mogelijk oneigenlijk gebruik zou daarmee volgens sommige partijen voor een aanzienlijk deel verklaard kunnen worden: veeleer uit onhandigheid of onbekendheid met het systeem dan uit kwade opzet.

⁵⁷ Gebaseerd op gesprekken met Per Saldo, SVB, CVZ en vijf zorgkantoren.

- Diverse gesprekspartners meldden ons dat budgethouders soms voor zogenaamde ‘opting-in’ kiezen om zodoende gratis van het SVB servicecentrum gebruik te kunnen maken.
- Omdat er een directe relatie bestaat tussen de indicatie en het ontvangen van geld op de eigen rekening, kan de neiging bestaan om te overvragen bij het RIO. Uiteraard ligt de verantwoordelijkheid voor de indicatie bij het RIO (die niet weet of de indicatie wordt aangewend voor PGB of ZIN).
- Er is een open-einde regeling wat betreft de ‘inbaarheid’ van de vordering wanneer de budgethouder geen verhaal biedt. Strikt genomen moet de zorgaanbieder zelf de incasso verzorgen. Wij hebben vernomen dat in sommige gevallen budgethouders in zo’n geval verwijzen naar of aankloppen bij het zorgkantoor, de SVB of zelfs het RIO “*omdat die het systeem faciliteren*”. Dit probleem ligt ook op de loer indien een budgethouder niet het hele budget heeft aangewend of indien met terugwerkende kracht oneigenlijk aangewende gelden zouden moeten worden teruggevorderd.
- Veel budgethouders wendden niet hun gehele budget aan (nieuwe stijl)⁵⁸ of storten juist geld bij (oude stijl), hetgeen in beide gevallen een signaal lijkt voor eigenlijk gebruik.
- Een zorgkantoor meldde ons dat er (bij PGB oude stijl) “*een aantal budgethouders*” is dat in het geheel geen trekkingsrechten heeft aangewend (maar wel het forfaitaire bedrag kan houden). In zo’n geval kan op zijn minst geconcludeerd worden dat de indicatiestelling niet optimaal heeft gefunctioneerd.
- In december zijn de bestedingen vaak hoger dan in de andere maanden. Het vermoeden bestaat dat het nog niet aangewende deel van het budget wordt ‘opgesoupeerd’. Dit houdt op zichzelf geen oneigenlijk gebruik in, maar kan te denken geven over de ruimte van de indicaties, de relatie tussen zorgvrager en aanbieder of zelfs de rechtmatigheid van de bestedingen.

Kritisch onderzoek naar het gebruik van PGB lijkt te stuiten op weerstand

Wij signaleren overal in het ‘veld’, waaronder bij beleidsmakers en in de politiek, dat het PGB een gevoelige snaar raakt en welhaast als een taboe wordt behandeld indien mogelijk oneigenlijk gebruik ervan wordt aangestipt.⁵⁹

Dit ‘taboe’ betreft overigens niet alleen de politiek. Veel andere partijen in de keten stellen ‘dat we de risico’s ervan hebben onderkend, maar dat we het met z’n allen zo hebben gewild’⁶⁰.

⁵⁸ Volgens berekeningen van een zorgkantoor met meerdere regio’s wordt 24,94% van het totale in die regio’s verstrekte budget niet besteed. Hiervan is 33,6% vatbaar voor terugvordering, 31,6% voor verrekening en 34,7% voor overheveling. Volgens hetzelfde zorgkantoor is het aantal onderbesteders 35,4%, aan wie 79,1% van het budget wordt toegekend.

⁵⁹ De heer drs. R.L.J.M. Scheerder, huidig directeur van het CBZ, spreekt van de “*heilige koe*” van de politiek (congres ‘van AWBZ naar WMO’, Zeist 27 mei 2004).

De afscherpende houding als het gaat om het PGB vinden wij op zichzelf begrijpelijk, aangezien het stelsel kostenbesparend kan werken (een PGB vertegenwoordigt circa 75% van de CTG-tarieven voor zorg in natura) en het goed past in de wens naar meer vraagsturing en marktwerking.

Hoezeer feitelijk misschien ook juist en begrijpelijk, achten wij dit in algemene zin evenwel nog geen rechtvaardiging voor het uitblijven van een kritische blik op het gebruik van het PGB, temeer gelet op mogelijke begrotingsdruk en dus groeiende aandacht (onder andere vanuit de media) voor het gebruik van het PGB.

Kritisch onderzoek naar het gebruik van PGB kan het gevaar voor ondermijning van het maatschappelijke draagvlak voor het PGB verminderen⁶¹. Het PGB loopt namelijk het risico het 'kind van de rekening' te worden als niet op korte termijn de gevoelige kanten ervan worden onderzocht en desgewenst aangepast. Wij bevelen dan ook onderzoek naar PGB (nieuwe stijl) op korte termijn aan⁶².

Dit onderzoek zou zich moeten richten op:

- De omvang van oneigenlijk gebruik PGB nieuwe stijl.
- De controle- en sanctiemogelijkheden.
- Redenen van het niet toesturen van verantwoordingsformulieren aan zorgkantoren.
- De open-einde regeling bij incasso of terugvordering.

⁶⁰ Sommigen verdedigen het PGB krachtig, met uitspraken als “*De onophoudelijke discussie over en kritiek op het PGB wordt beheerst door het onuitgesproken vooroordeel: (aspirant) PGB-houders zijn potentiële fraudeurs, en/of: het PGB systeem is in zich fraudegevoelig*” en “*De discussie over het gebruik/misbruik van het PGB werd van het begin af aan en wordt nog steeds beheerst door weerstand tegen het PGB vanuit de zorgaanbiedende instellingen en organisaties*” (uit bevestiging van telefonisch interview met een zorgkantoor, 17 juni 2004, opgesteld door het zorgkantoor).

⁶¹ Dit zou nog meer aan betekenis winnen indien uit dit nader te entameren onderzoek naar voren zou komen dat het gebruik van het PGB in grote lijnen conform de verwachtingen en regelgeving verloopt.

⁶² Het CVZ voert in de zomermaanden van 2004 een onderzoek uit naar de uitvoering van het PGB ('Kernmonitor PGB'), waarvan het rapport 26 augustus 2004 zal worden gepresenteerd.

1.5 Overlap met het tweede compartiment

Er bestaan zowel wettelijke als feitelijke mogelijkheden om zorg en/of welzijn binnen de AWBZ te laten vallen, daar waar die zorg en/of welzijn ook via andere regelingen vergoed worden of kunnen worden. Wij noemen dit verschijnsel in dit rapport ook wel ‘substitutie’ over de ‘randen’ van de AWBZ.

Kern van de vraag is of, en zo ja in hoeverre, er een beroep wordt gedaan op AWBZ-middelen, waar dit eigenlijk in het tweede compartiment hoort te vallen. Gevallen dus, waar de financiering wellicht wordt ‘afgewenteld’ op de AWBZ. Subvraag is of financiering voor dezelfde zorg plaatsvindt, zowel binnen de AWBZ als binnen het tweede compartiment via het ziekenhuisbudget.

Grosso modo signaleren wij twee mogelijke soorten van substitutie:

1. Substitutie met het tweede compartiment (gefinancierd vanuit de Ziekenfondswet of particuliere ziektekostenverzekeringen).
2. Substitutie met welzijns- en overige regelingen zoals de WZW, WJZ, WVG, regelgeving op het gebied van onderwijs en Wet REA.

In deze paragraaf behandelen wij uitsluitend de eerste vorm van substitutie. De tweede vorm openbaart zich immers (voornamelijk) via de categorie ‘nieuwe toetreders’. Vanuit de invalshoek van de toelatingen onder functies van (met name) AB en OB doen de instellingen uit de welzijnssector een beroep op de AWBZ. Dit aspect behandelen wij in hoofdstuk 4 van dit rapport.

Wij behandelen twee categorieën mogelijke substitutie vanuit het tweede compartiment:

1. Transmurale projecten
2. Wijk-/praktijkverpleging

Op basis van gesprekken met CVZ en CTZ lijken er op dit moment buiten deze categorieën geen andere categorieën te zijn van waaruit substitutie op enige schaal mogelijk zou zijn⁶³.

Transmurale projecten

Transmurale projecten of experimenten betreffen het aanbieden van zorg in opeenvolgende stappen in de zorgketen van één ziekte-/herstelproces of aandoening. Een dergelijk ziekteproces of aandoening vereist verschillende vormen van zorg (diagnostiek en behandeling, verpleging, revalidatie, verzorging) in verschillende fasen van het ziekte-/herstelproces. Dergelijke zorg wordt meestal

⁶³ De FIOD-ECD heeft onderzoek gedaan naar de vraag in hoeverre AWBZ-gelden wegvloeien naar de kraamzorg. De conclusie is dat zich nauwelijks risico's voordoen met betrekking tot het mogelijk wegvloeien van AWBZ-gelden. Project Thuiszorg, november 2003.

door verschillende instellingen geboden, waardoor de patiënt op soepele wijze door de ‘muren’ van de ene instelling naar een andere instelling gaat of zou moeten gaan, al naar gelang de fase van zijn ziekte- of herstelproces.

Het gaat hierbij voornamelijk om ziektebeelden als:

- Cerebrovasculair accident (CVA) (‘beroerte’).
- Grote orthopedische ingrepen (hoofdzakelijk heup- en knieoperaties)
- Diabetes mellitus⁶⁴.

Transmurale projecten hebben in de eerste helft van de jaren negentig hun intrede gedaan in Nederland. Over het algemeen wordt hierover zeer lovend gesproken, gelet op de winst voor alle betrokken partijen, al is relatief weinig onderzoek gedaan naar de werkelijke effecten op de gezondheidstoestand, de mening van patiënten en de doelmatigheid van de zorg⁶⁵. Daarnaast signaleert het CVZ dat niet alle projecten succesvol verlopen als gevolg van belemmeringen, onder andere door de ‘schotten’ tussen ZFW en AWBZ⁶⁶. Deze mening wordt door alle gesproken partijen gedeeld en vraagt volgens de gesprekspartners om duidelijke keuzes.

Omvang van transmurale projecten in Nederland

Naar schatting zouden er in 2002 circa 500 transmurale projecten in Nederland zijn⁶⁷. De afgelopen jaren hebben 43 ziekenhuizen een transmurale afdeling opgericht. Transmurale afdelingen hebben gemiddeld 22 bedden tot hun beschikking. In de meeste gevallen zijn de werknemers van de transmurale afdeling in dienst van het verpleeghuis, in 92% van de gevallen ligt de medische eindverantwoordelijkheid bij de verpleeghuisarts⁶⁸.

Uit gesprekken blijkt dat in voorbije jaren vaak ‘onorthodoxe’ maatregelen genomen werden waarbij sprake was van een klimaat en zelfs beleid waarin “*heel veel kon, en alles denkbaar was*”. Het beleid was er immers op gericht om (inhoudelijke) zorgvernieuwing centraal te stellen, ook als dat op gespannen voet stond met de regelgeving⁶⁹. Daarnaast heeft de financiële verantwoordelijkheid

⁶⁴ Andere genoemde ziektebeelden zijn hartfalen, astma en COPD, palliatieve zorg, decubitus en dementie.

⁶⁵ In zijn proefschrift uit 2002 concludeert H. Rozendal (UU, thans werkzaam bij de LVT) dat de algemeen heersende opvatting omtrent de positieve effecten van transmurale zorg niet terecht is. In een case study naar totale heupvervangings bleken de effecten voor patiënten slechter uit te pakken, terwijl deze zorg ook onnodig duur was. In de case studies naar diabetes- en CVA-patiënten bleek dit in de praktijk juist weer beter uit te pakken. Navraag bij de onderzoeker leert dat de gesignaleerde onvolkomenheden in veel gevallen inmiddels zijn verholpen.

⁶⁶ CVZ, Evaluatie Transmurale experimenten, 30 januari 2003.

⁶⁷ H. Rozendal, UU 2002.

⁶⁸ Prismant, Transmurale afdelingen, februari 2004.

⁶⁹ CTZ, verkennend onderzoek diabetes-project Zuid-Limburg, april 2004.

(‘wie bekostigt wat uit welk potje’) voor de transmurale initiatieven lang niet altijd een rol gespeeld (“*de AWBZ is een beetje van ons allemaal*”)⁷⁰.

Financiële componenten van transmurale projecten

Volgens onderzoek van Prismant⁷¹ wordt het merendeel van de afdelingen structureel gefinancierd vanuit de AWBZ. Financiële tekorten (deze komen in 64% van de gevallen voor) worden veelal gedekt door het verpleeghuis, in mindere mate door het ziekenhuis en slechts een enkele keer door de zorgverzekeraar. In haar studie naar transmurale afdelingen noemt Prismant dit laatste opmerkelijk, gelet op het feit dat juist het ziekenhuis en de zorgverzekeraar gebaat zijn bij betere doorstroming van verkeerde-bed-patiënten.

Wij hebben in ons onderzoek gekeken naar twee specifieke vragen:

- De vraag in welk compartiment de transmurale zorg zou moeten vallen. Deze vraag is aan de orde gekomen bij het onderzoek van CTZ naar het diabetesproject bij het AZM. Wij volstaan ermee dit onderzoek te bespreken en de meningen van de gesprekspartners erover weer te geven.
- De vraag of financiering voor dezelfde zorg plaatsvindt zowel binnen de AWBZ als binnen het tweede compartiment via het ziekenhuisbudget. Hiertoe hebben wij met verschillende partijen gesproken⁷².

In welk compartiment dient de transmurale zorg te vallen?

Het CTZ heeft in april 2004 onderzoek gedaan naar het transmurale diabetesproject in Zuid-Limburg. Het CTZ heeft twee hoofdvragen onderzocht:

- Betreft de in het diabetesproject Zuid-Limburg verleende zorg AWBZ-verzekerde zorg?
- Is de regelgeving op correcte wijze nageleefd?

Het CTZ heeft in uiterst korte tijd een in onze ogen goed beeld geschetst van de problematiek, daarbij onder meer het volgende concluderend:

- Er kan sprake zijn van AWBZ-verzekerde zorg als de medische eindverantwoordelijkheid ligt bij de huisarts en er sprake is van verpleegkundig handelen in de thuissituatie.
- In casu schat het CTZ dat 80% van de kosten ten laste van de AWBZ komen en 20% ten laste van ZFW/particuliere verzekering.
- Niet helder is of, en zo ja in welke mate, de kosten van dergelijke transmurale projecten al in het budget van het ziekenhuis zijn inbegrepen.
- Regelgeving op grond van de AWBZ is niet goed nageleefd:
 - Indicaties zijn niet afgegeven. Dit is alle partijen aan te rekenen.

⁷⁰ Interview met CVZ.

⁷¹ Prismant, Transmurale afdelingen, februari 2004.

⁷² Drie Zorgkantoren, twee ziektekostenverzekeraars, drie ziekenhuizen, twee RIO's en (voormalig) onderzoeker dr. H. Rozendal.

- Regelgeving rond de eigen bijdrage is niet nageleefd, waarbij het de vraag is of een eigen bijdrage procedure wenselijk zou zijn geweest gelet op de geringe bedragen.

Wij maken de volgende observaties bij het CTZ-rapport:

- Er is een gerede kans dat de criteria die het CTZ heeft geformuleerd (en in navolging daarvan het CVZ) tot ‘vaste jurisprudentie’ verworden. De vraag is of deze colleges de wettelijke basis hebben om dergelijke ‘jurisprudentie’ te schrijven⁷³.
- Uit de interviews maken wij niettemin op dat alle gesproken partijen menen dat de criteria die het CTZ hanteert voor vaststelling of zorg al dan niet AWBZ-verzekerde zorg is (waaronder de medische verantwoordelijkheid en de locatie waar de zorg wordt geleverd), in algemene zin worden onderschreven.
- Niet duidelijk is hoe moet worden omgegaan met de 20% zorg die in casu wél onder de ZFW/particuliere verzekering zou vallen.
- Transmurale projecten zijn zo divers in aard, omvang en samenstelling van partijen, dat (zoals het CTZ ook stelt) de door het CTZ geïndiceerde verdeling van 80/20 niet een-op-een kan worden gehanteerd bij alle andere projecten. Aan de andere kant dient te worden opgemerkt dat die diversiteit juist meebrengt dat het bijkans onmogelijk is algemene regels vast te stellen. De gesprekspartners vragen om een pragmatische, niet dogmatische oplossing.

Financiering uit zowel het tweede als het eerste compartiment?

Het CTZ maakt in het rapport over de AZM-casus de opmerking dat niet helder is of deze kosten al in het ziekenhuisbudget zijn inbegrepen. Deze problematiek maakte helaas geen onderdeel uit van de vraagstelling. Een deel van de maatschappelijke en politieke vraagstelling was juist hierop gebaseerd.

De vraag in hoeverre financiering in twee compartimenten plaatsvindt, stuit op de grenzen van het financieringsstelsel. De meeste geïnterviewde personen zien de tweeledige financieringsstromen als een belemmerende factor voor transmurale projecten.

⁷³ Het CVZ bereidt samen met enige andere instanties een document voor: ‘Afbakening AWBZ en ZFW in transcompartimentale ketenzorg’. Het schrijft hierover: “Met deze richtlijn komt de praktijk wel ver, maar er blijven nog wat grijze gebieden. Een heldere lijn is wenselijk, maar houdt op onderdelen een pakketwijziging in. Daarom zou dit per 1 januari a.s. door VWS moeten zijn vastgesteld. Dit document geldt dan tot die tijd. Sneller invoeren zou tot gevolg hebben dat een aantal initiatieven die inhoudelijk van belang zijn zouden sneuvelen. Per 1 januari moet er daarom ook worden voorzien in een hanteerbare financieringsvorm. CVZ maakt hierover een signalement aan de hand waarvan VWS dan actie kan ondernemen.”

In grote lijnen ziet het vraagstuk er als volgt uit:

- Ziekenhuizen worden vergoed op basis van budgetfinanciering, welke bestaat uit vaste en variabele kosten (grofweg in de verhouding 85/15). Het feitelijke budget wordt ex post vastgesteld op basis van werkelijk geleverde zorg.
- Bij transmurale projecten draait het om patiënten die in feite niet meer curatief worden behandeld; de zorg wordt overgeheveld naar aanbieders die uit de AWBZ gefinancierd worden.
- Zodra de zorg door een AWBZ-aanbieder wordt geleverd en als zodanig wordt gefinancierd, zou het logisch zijn te veronderstellen dat het budget van het betrokken ziekenhuis hierop achteraf wordt aangepast; de geprognosticeerde en daarmee gebudgetteerde zorg wordt immers niet meer geleverd.
- Dit laatste gaat uiteraard niet op voor zover er wachtlijsten zijn voor de betreffende zorgvraag⁷⁴. Als er wachtlijsten zijn, wordt het ziekenhuisbed immers meteen weer bezet.
- Als er geen wachtlijsten zijn, doet de vraag zich dus voor of het niet bezette bed (als gevolg van het feit dat de patiënt bijvoorbeeld extramuraal wordt behandeld) wordt verdisconteerd in het ziekenhuisbudget.

Wij zijn van mening dat de verdiscontering geen noemenswaardig probleem is. In de eerste plaats bestaat circa 85% van het tarief uit een vaste component. Dit wordt niet aangetast door het al dan niet bezet zijn van het bed. In de tweede plaats vindt toetsing achteraf plaats aan de hand van het aantal dagen geleverde zorg. Als bedden, die door een transmuraal project eerder vrijkomen, niet worden 'gevuld' met nieuwe patiënten (bij ziektebeelden waar geen wachtlijsten bestaan), wordt dit in mindering gebracht op het uiteindelijke budget.

Slechts in een zeer theoretisch geval kunnen transmurale projecten wellicht tot 'oneigenlijke' financiering in het tweede compartiment leiden: indien een aantal bedden structureel zou komen leeg te staan als gevolg van de snelle doorstroming naar een andere instelling, én de zorgverzekeraar in de budgetonderhandelingen deze factor niet zou verdisconteren in het budget (met andere woorden: het aantal bedden wordt niet bijgesteld), dan zouden wellicht de transmurale projecten bijdragen aan een overfinanciering van het ziekenhuis⁷⁵. Een dergelijk geval achten wij op grote schaal niet zo realistisch, te meer daar de risicodragende zorgverzekeraar hier toezicht op houdt.

Uit de interviews zijn nog de volgende meningen op te tekenen:

- Er bestaat in algemene zin weinig transparantie in de wijze waarop transmurale trajecten kunnen worden verwerkt in het ziekenhuisbudget en op

⁷⁴ Voor de drie genoemde ziektebeelden geldt over het algemeen dat er alleen voor grote orthopedische ingrepen wachtlijsten bestaan. Bij CVA ('beroerte') geldt dit uiteraard niet, omdat dit geen planbare zorg is.

⁷⁵ Die dan overigens nog wel een groot aantal (lege) bedden in beheer heeft.

welke wijze de kosten tussen AWBZ-aanbieder en ziekenhuis zouden moeten worden verdeeld. Dit brengt in feite mee dat voor ieder project een onderzoek gelijk aan dat van het AZM zou dienen plaats te vinden ter vaststelling van de juiste financieringsstroom. Dit achten wij niet realistisch.

- Macro-economisch brengen transmurale projecten weliswaar wellicht hogere uitgaven mee, maar daarvoor worden dan wel meer mensen in zorg opgenomen (bij ziektebeelden waarbij aanbodschaarste is). Dit is, veronderstellen wij, een gewenste stijging van de uitgaven.
- Er heerst bij de meeste gesprekspartners ontevredenheid over de manier waarop de AZM-casus ‘breed is uitgemeten’ in de pers en de politiek. Meerdere geïnterviewde personen vinden dat dit voortkomt uit “*verkokerd denken*” (namelijk binnen het huidige financieringsstelsel) en menen dat een keuze voor ‘disease management’ en ‘ketenbenadering’ betekent dat de formeel gezien strakke financieringslijnen moeten worden losgelaten.

Substitutie als gevolg van de inzet van een wijkverpleegkundige als praktijkverpleegkundige

De vraag of zorg oneigenlijk ten laste van het eerste compartiment komt, doet zich ook voor bij de inzet van de wijkverpleegkundige in de praktijk van de huisarts. Met name als zij in plaats van AWBZ-gefinancierde wijkverpleegkundige taken niet AWBZ-gefinancierde praktijkverpleegkundige taken zou vervullen.

Situatieschets

In de uitvoering van de extramurale gezondheidszorg speelt de wijkverpleegkundige een belangrijke rol. Dit als gevolg van twee ontwikkelingen:

- De ontwikkeling van transmurale ketenzorg.
- De verschuiving van taken van huisarts naar ondersteuners.

In de uitvoering van transmurale ketenzorg (zie hierboven in deze paragraaf), bijvoorbeeld ten behoeve van diabeteszorg, neemt het beroep op de huisarts en wijkverpleegkundige van de thuiszorg toe en wordt hun verantwoordelijkheid eerder in het zorgproces aangesproken. De samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige wordt geïntensiveerd en hun beider takenpakken worden op elkaar afgestemd.

Daarnaast leiden bepaalde ontwikkelingen ertoe dat een huisarts niet alle terreinen van de zorg die onder zijn verantwoordelijkheid vallen, kan bestrijken (door bijvoorbeeld een toenemend huisartsentekort, de stijgende vraag naar zorg thuis, het toenemen van ouderdoms- en chronische ziekten en verdieping van de kennis van medische deelgebieden). Een verschuiving van taken van de huisarts naar de praktijkondersteuner huisarts (POH)⁷⁶ en wijkverpleegkundige is een gevolg van

⁷⁶ Deze verricht huisartsgeneeskundige taken (controle, preventie en voorlichting) onder verantwoordelijkheid van de huisarts in diens praktijk, met name op het gebied van

deze ontwikkelingen, met name op het gebied van chronische ziekten. De patiënt, bijvoorbeeld met diabetes, is onder behandeling/controler van de huisarts en kan daarbij door de wijkverpleegkundige thuis of in de huisartsenpraktijk gecontroleerd, verpleegd, ondersteund en voorgelicht worden.

De werkzaamheden van de wijkverpleegkundige zijn onder andere:

- Controle, preventie en verpleegkundige zorg.
- Advies, instructie en voorlichting met betrekking tot de ziekte of aandoening.
- Bespreken van casuïstiek in de wijk in overleg met de huisarts en eventuele andere hulpverleners in een eerste lijnoverleg.

De wijkverpleegkundige verricht onder andere diabetes-, astma/COPD- en ouderenzorg, zowel bij de patiënt thuis als in de huisartspraktijk. In het laatste geval wordt de wijkverpleegkundige door de thuiszorgorganisatie gedetacheerd voor het verrichten van chronische zorg.

In dergelijke samenwerkingssituaties van huisarts en wijkverpleegkundige gaat de geleverde zorg niet alleen 'over de muren' van instellingen, maar óók over de 'muren' van eerste en tweede compartiment heen.

De vraag is dan in welk compartiment de financiering dient te vallen.

Omvang en financiering

Er zijn geen gegevens bekend over het aantal wijkverpleegkundigen dat werkzaam is voor of met huisartsen. De omvang van de wijkverpleegkundige zorg die in de huisartsenpraktijk geleverd wordt, lijkt evenwel zeer beperkt. Dit baseren wij op gesprekken die wij gevoerd hebben met verschillende huisartsen, de LHV en een regionale huisartsenvereniging. De wijkverpleegkundige heeft, afhankelijk van de plaats van de praktijk en de relatie met de thuiszorg, slechts enkele patiëntencontacten per week in de huisartspraktijk zelf; het overgrote deel van de werkzaamheden verricht de wijkverpleegkundige in de thuissituatie.

De inzet van wijkverpleegkundigen in de huisartspraktijk wordt mogelijk mede beperkt, doordat huisartsen er de voorkeur aan zouden geven iemand in eigen dienst te hebben (dat wil zeggen de POH), zo vernamen wij van enkele gesprekspartners (huisartsen).

diabeteszorg en astmazorg. Dit kan in de vorm van bijvoorbeeld het houden van een diabetessprekbeurt. Het gaat in alle gevallen dus om 2^o compartimentszorg. De praktijkondersteuner is in dienst van de (solo-) huisartspraktijk, HOED of Hagro en wordt betaald uit de zogenaamde 'POH-gelden'. De verstrekking van deze gelden is gestopt per 1 december 2003; reeds bestaande 'POH-projecten' behouden aanspraak op financiering vanuit de POH-gelden.

⁷⁶ Huisartsen-onder-één-dak.

De wijkverpleegkundige is over het algemeen in dienst bij een thuiszorginstelling, en wordt dus bekostigd via de AWBZ. De kosten worden niet altijd aan de huisarts doorbelast⁷⁷. Sommige thuiszorginstellingen detacheren wijkverpleegkundige(n)⁷⁸. In voorkomende gevallen vond tot eind 2003 aparte financiering plaats uit projectgelden, welke binnen de AWBZ en onder afspraken met het zorgkantoor vielen (zorgvernieuwingsprojecten).

Oneigenlijk gebruik op grote schaal?

De regelgeving is, zoals ook bij transmurale projecten, niet helder. Is het criterium onder wiens verantwoordelijkheid de zorg valt? Is het criterium de locatie waarop zorg geleverd wordt? Dezelfde vragen doen zich voor als die door het CTZ zijn onderzocht bij het diabetesproject in Zuid-Limburg.

In één geval zou helder zijn dat AWBZ-gelden zouden worden aangewend ter dekking van kosten die in het tweede compartiment moeten vallen, namelijk indien een wijkverpleegkundige, in de praktijk van de huisarts aanwezig, primaire huisartstaken zou uitvoeren, zoals het assisteren bij reguliere spreekuren van de huisarts. Dit lijkt echter uiterst incidenteel voor te komen, in ons onderzoek op hoofdlijnen hebben wij van geïnterviewden hiervan geen enkele casus vernomen. Bovendien was ons gebleken dat de omvang van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige in de huisartspraktijk zelf beperkt blijkt.

Wij hebben op basis van beperkt onderzoek op hoofdlijnen niet kunnen constateren dat de inzet van AWBZ-gefinancierde wijkverpleegkundigen ten behoeve van huisartsenpraktijken met betrekking tot zorg, die in het tweede compartiment valt, op grote schaal voorkomt.

⁷⁷ Huisartsen geven overigens aan, zelf slechts een beperkt zicht te hebben op de financiering van de wijkverpleegkundige zorg, die onder zijn verantwoordelijkheid geleverd wordt.

⁷⁸ Wij hebben met een thuiszorginstelling gesproken die detacheert tegen een niet geheel kostendekkend tarief. De reden hiervoor is relatiebinding met de huisarts en toekomstige klantenbinding.

2 DE POSITIONERING VAN DE AWBZ

Inleiding

De AWBZ is oorspronkelijk opgezet als verzekeringssysteem voor onverzekerbare, langdurige risico's. Dit kan van het huidige stelsel niet gemakkelijk gezegd worden. Hiertoe hebben onder meer bijgedragen de niet altijd even strak afgebakende grenzen van de AWBZ met aanpalende wetgeving als de Ziekenfondswet (ZFW) en de Welzijnswet (WZW), de intrinsieke uitbreiding van de AWBZ, en de perceptie van partijen die actief zijn in zorg (AWBZ en tweede compartiment) en welzijn over de positionering van de AWBZ.

Dit heeft ertoe geleid dat de AWBZ steeds meer als 'vangnet'gepositioneerd is voor verschillende vormen van zorg en welzijn.

2.1 Wettelijke afbakeningen van de AWBZ ten opzichte van de ZFW en WZW

De AWBZ heeft een wettelijke 'voorrangspositie' waar het mogelijke overlap met andere wetgeving betreft, meer in het bijzonder de Ziekenfondswet en (delen van) de Welzijnswet.

Zo zegt artikel 8 lid 1 van de Ziekenfondswet:

De verzekerden hebben, voor zover daarop geen aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, ter voorziening in hun geneeskundige verzorging aanspraak op de navolgende verstrekkingen:

- a. medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis, al dan niet gepaard gaande met opname gedurende het etmaal of een deel daarvan, verpleging, verzorging, paramedische hulp of farmaceutische hulp;
- b. revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard;
- c. medisch-specialistische zorg, anders dan bedoeld onder a;
- d. huisartsenzorg;
- e. verloskundige zorg;
- f. kraamzorg;
- g. tandheelkundige zorg;
- h. paramedische zorg;
- i. hulpmiddelen;
- j. farmaceutische zorg.

Artikel 8 lid 1 Ziekenfondswet (onderstreping Boer & Croon)

In artikel 2 van de Welzijnswet vinden we een dergelijke bepaling, zij het dat die in minder algemene termen (want gericht op specifieke terreinen) over de AWBZ spreekt:

Deze wet is van toepassing op de volgende terreinen van het welzijnsbeleid:
(...)
c. maatschappelijke dienstverlening;
d. maatschappelijke opvang, waaronder sociale pensions en vrouwenopvang;
e. verslavingsbeleid, behoudens voor zover de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten van toepassing is;
f. sociaal-cultureel werk;
(...)
i. welzijn ouderen, behoudens voor zover de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten van toepassing is;
j. welzijn gehandicapten;
(...)

Artikel 2 Welzijnswet (onderstreping Boer & Croon)

Artikel 8 lid 1 ZFW spreekt van een ‘aanspraak’ ingevolge de AWBZ. In artikel 6 van de AWBZ wordt het begrip ‘aanspraak’ genoemd maar niet verder uitgewerkt (zie hiervoor onder meer het Besluit Zorgaanspraken⁷⁹), zonder dat naar voorliggende wetgeving of voorzieningen wordt verwezen:

De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Onder vorenbedoelde zorg zijn begrepen voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat, geregeld; daarbij kunnen met betrekking tot de inhoud en omvang van de desbetreffende zorg beperkingen worden gesteld. De uitvoeringsorganen dragen zorg dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraak op zorg tot gelding kunnen brengen.

Artikel 6 lid 1 AWBZ

Artikel 2 WZW maakt gewag van de vraag of de AWBZ ‘van toepassing’ is. Dit wordt niet verder uitgewerkt in de AWBZ, buiten de algemene opmerking dat ‘verzekerden’ aanspraak hebben op zorg als beschreven in artikel 6 lid 1 AWBZ.

Op basis van deze regelgeving in ZFW en WZW is het onmogelijk de AWBZ strak af te bakenen. Beide wetsbepalingen geven voeding aan de praktische invulling, waarbij de AWBZ als daadwerkelijke basisvoorziening en dus vangnet wordt gebruikt.

⁷⁹ In artikel 2 Besluit Zorgaanspraken wordt wel verwezen naar “een andere wettelijke regeling”: ‘De verzekerde heeft, behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling, aanspraak op (etc), maar voegt hier geen operationele actie aan toe.’

2.2 In de perceptie van veel zorg- en welzijnspartijen is de AWBZ de eerst voorliggende voorziening

Wij hebben in het kader van ons onderzoek gesproken met veel partijen in de AWBZ-sector, alsmede met enige partijen die voornamelijk opereren in de welzijnssector.

Kern van de problematiek is dat, door de positionering van de AWBZ, partijen een beroep doen op AWBZ-middelen, waar dit ook of via gemeenten, burgers zelf of de sociale zekerheid zou kunnen worden gefinancierd. De algemene tendens uit diverse gesprekken die wij hebben gevoerd is dat eerst naar de AWBZ wordt gekeken voor financiering, en bij onmogelijkheid daarvan andere oplossingen worden gezocht.

Eén bestuurder van een instelling noemt de AWBZ een “*mooie opvang*” waarbij het bestuur tracht middelen hieruit te verkrijgen onder het motto ‘baat het niet, dan schaadt het niet’.

De regelgeving faciliteert dit gedrag, zoals hierboven aangegeven.

Een voorbeeld hiervan is de wijze waarop gemeenten in praktische zin zijn omgaan met de verslaafdenopvang. Alle Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD's) zijn in de afgelopen jaren (uiteraard om meerdere redenen) gefuseerd met GGZ-instellingen, waarna sommige gemeenten eerst laten nagaan welke zorg vanuit de AWBZ wordt geleverd om vervolgens de aanvullende zorg en opvang te subsidiëren. In praktische zin logisch gedrag, gegeven de aanspraken in artikel 8 van de AWBZ.

Sommige zorginstellingen die actief zijn in de AWBZ geven hun cliënten een volledig zorg- en welzijnspakket, vanuit een (door veel partijen overigens gewenste) inhoudelijke visie op integrale zorgverlening, welke zorgverlening niet gebaat is bij financieringsdiscussies. Een vergelijkbare situatie derhalve als geconstateerd bij transmurale projecten. Daarbij is dit nog niet als oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen te beschouwen. Sterker, sommige aanspraken (die bewust ruim zijn gehouden), de politieke prioriteiten en de dynamiek binnen de sector “*nodigen uit*”⁸⁰ tot deze handelwijze.

Tenslotte: politieke keuzes, zoals een sterke wens tot extramuralisatie en resocialisatie onder meer in de gehandicaptensector, hebben ertoe geleid dat er een sterke druk is komen te liggen op welzijnsvoorzieningen aan mensen, waarvan de zorg voor het overige door de AWBZ gefinancierd wordt. Daarmee lijkt het een logische stap om ook die activiteiten bij de AWBZ onder te brengen, daartoe ondersteund door wetgeving.

⁸⁰ Gesprekspartner uit de welzijnssector.

Hieronder volgen in Paragrafen 2.3 en 2.4 twee voorbeelden van trends die verduidelijken hoe delen van de AWBZ zijn gepositioneerd in het veld rond zorg en welzijn.

2.3 Herkomst van de aanvragen voor toelating tot de AWBZ

In de modernisering van de AWBZ, die qua aanspraken per 1 april 2003 is ingevoerd, is een slag gemaakt van instellingsgefinancierde zorg naar zorg volgens geformuleerde aanspraken. Voor de cliënt ontstaat de mogelijkheid om de verschillende delen van zijn of haar pakket bij verschillende zorgaanbieders te betrekken. Dit zou de marktwerking in de zorg verhogen en de kwaliteit en het serviceniveau aanscherpen. Overal waar wij spraken met instellingen is het bewustzijn van dit marktwerken aanwezig.

Tegelijkertijd met de functiegerichte aanspraken, is de mogelijkheid van toetreding tot de AWBZ voor instellingen verder ingevoerd als logische tweede stap in de bevordering van de marktwerking. In de bijlage bij dit rapport geven wij een korte beschrijving van de toelatingscriteria en het toelatingsproces.

In een aantal gevallen zijn deze nieuwe toetreders werkzaam in de ‘klassieke’ zorg en AWBZ-sectoren, maar ook instanties actief in maatschappelijk werk en welzijnswerk vragen toelating aan. Dit leidt uiteraard niet tot oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden, maar wel tot een toename in het aantal declarerenden. Bovendien is thans nog binnen de AWBZ sprake van contracteerplicht, waarmee nieuwe toetreders ook verplicht een contract moet worden aangeboden⁸¹.

Onderstaande behandeling dient als voorbeeld ter ondersteuning van de positie die de AWBZ thans inneemt in het veld van zorg, wonen en welzijn⁸².

Tussen 1 april 2003 en medio maart 2004 hebben 214 niet-AWBZ instellingen instanties toelating tot de AWBZ aangevraagd bij CVZ, althans tot bepaalde functies⁸³. Dit is op zichzelf niet een groot aantal, gelet op het feit dat er naar schatting circa 3.800 instellingen in de AWBZ actief zijn⁸⁴. Hiermee zou het aantal aanvragen van nieuwe instellingen op het totaal aantal instellingen rond 6%

⁸¹ Volgens de meest recente aankondiging van de Staatssecretaris zou deze per 1 september 2004 voor de extramurale zorg worden afgeschaft.

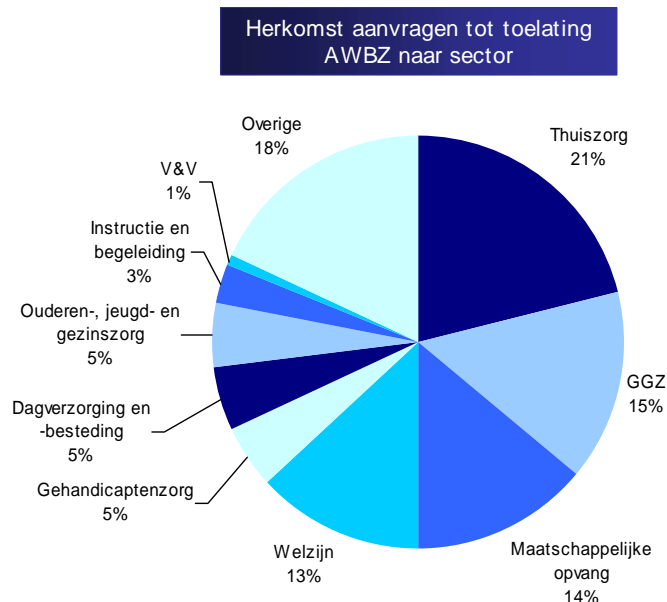
⁸² Het CVZ merkt op dat toelatingscriteria niet bedoeld zijn als beheersinstrument. Wij beogen met dit voorbeeld ook geenszins te zinspelen op andere criteria of invulling van de toelating.

⁸³ Gegevens verkregen van CVZ.

⁸⁴ Het CVZ geeft hierbij aan dat de bandbreedte tussen 3.000 en 4.500 instellingen ligt. Het geeft aan geen nauwkeuriger getal te kunnen geven. Door een systeemconversie alsmede fusies in de sector zou het aantal al enige jaren niet meer precies bekend zijn. Desgevraagd levert een grove schatting circa 3.800 instellingen op. Op de website van Prismant, waarop jaarrekeningen van instellingen worden gepubliceerd, wordt uitgegaan van circa 2.500 instellingen.

liggen in een jaar, daar waar de modernisering van de AWBZ toch mede tot ontschotting moest leiden en dus een hoger aantal verwacht kon worden.

Onderstaand figuur laat de verdeling zien naar herkomst van de instellingen⁸⁵.



Figuur 10: Herkomst aanvragen nieuwe AWBZ-instellingen tot toelating, gerangschikt naar sector, april 2003 - medio maart 2004

Zoals uit bovenstaande figuur blijkt, komt circa 2/3 van de gevraagde toelatingen van instanties actief in⁸⁶:

- Thuiszorg (21%).
- Geestelijke gezondheidszorg inclusief psychologische, psychiatrische en psychosociale hulp (15%).
- Maatschappelijke dienstverlening, opvang of werk (14%).
- Welzijnsvoorzieningen inclusief logies, daklozen- en verslavingszorg (13%).

Een relatief groot deel (27%) komt uit de welzijnssector (onderverdeling gebaseerd op de terreinen die in de Welzijnswet worden behandeld). Deze sector heeft overigens niet pas recentelijk de toegang tot de AWBZ gevonden. In de eerste plaats is er de wettelijke basis (artikel 2 WZW) die al geruime tijd van kracht is, maar ook bieden sommige instellingen al langere tijd AWBZ-verzekerde zorg.

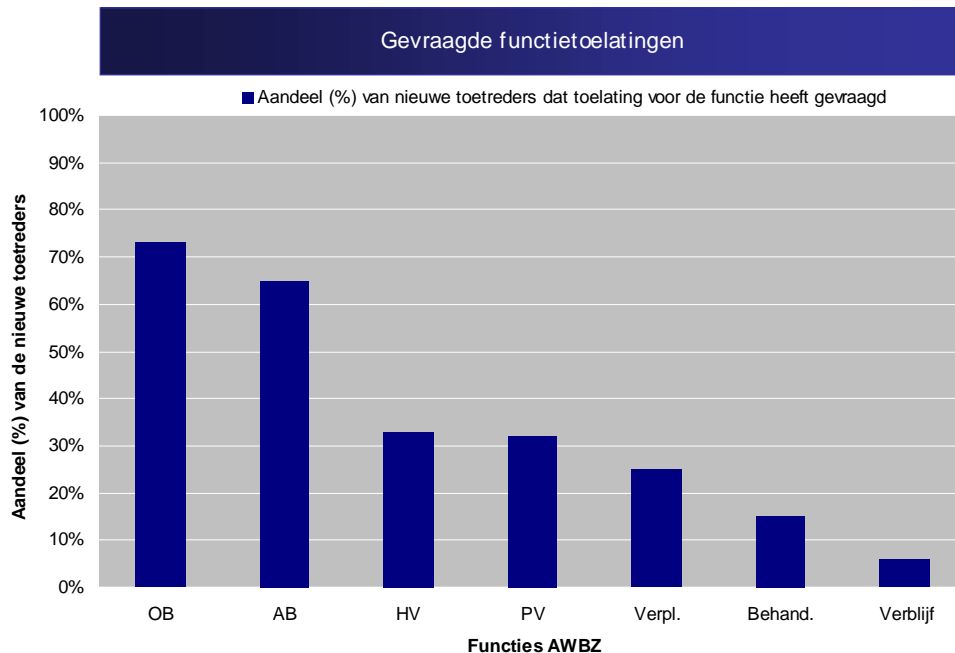
⁸⁵ Cijfers CVZ.

⁸⁶ Hoewel gering in aantal, zijn enkele achtergronden van nieuwe toetreders (in de figuur onder 'Overige' opgenomen) partijen die artikelen en hulpmiddelen verstrekken en uitlenen (3%), arbeidsintegratie (1%), schoonmaakbranche (1%) en partijen die zich richten op computeronderwijs en administratieve en budgetbegeleiding (3%).

Een voorbeeld van de achtergrond van waaruit sommige instellingen moeten opereren, is het volgende. Instellingen voor maatschappelijke opvang krijgen nu subsidie om aan hun doelgroep (dak- en thuislozen) AB en OB te bieden. Per 1 januari 2005 moet dit uit 'reguliere middelen' gefinancierd worden en stopt de subsidie. MO-instellingen moeten daarom een toelating tot de AWBZ vragen. Zodra er productieafspraken gemaakt zijn, stopt de subsidie⁸⁷.

2.4 De toename in toelatingen voor de functies AB en OB

Veel nieuwe toetreders vragen toelatingen aan voor meerdere functies, gemiddeld voor 2,6 functie⁸⁸. Onderstaande figuur laat de aanvragen voor toelatingen zien per functie (meerdere functies per aanvrager).



Figuur 11: Aanvragen voor toelatingen per functie, april 2003 - medio maart 2004 (meerdere functies per aanvrager mogelijk)

Een groot deel heeft toelating aangevraagd tot het leveren van de functies Ondersteunende Begeleiding (73%) en Activerende Begeleiding (65%). Deze functies zijn in paragraaf 1.2 van dit rapport reeds besproken (onder voorbeeld 4).

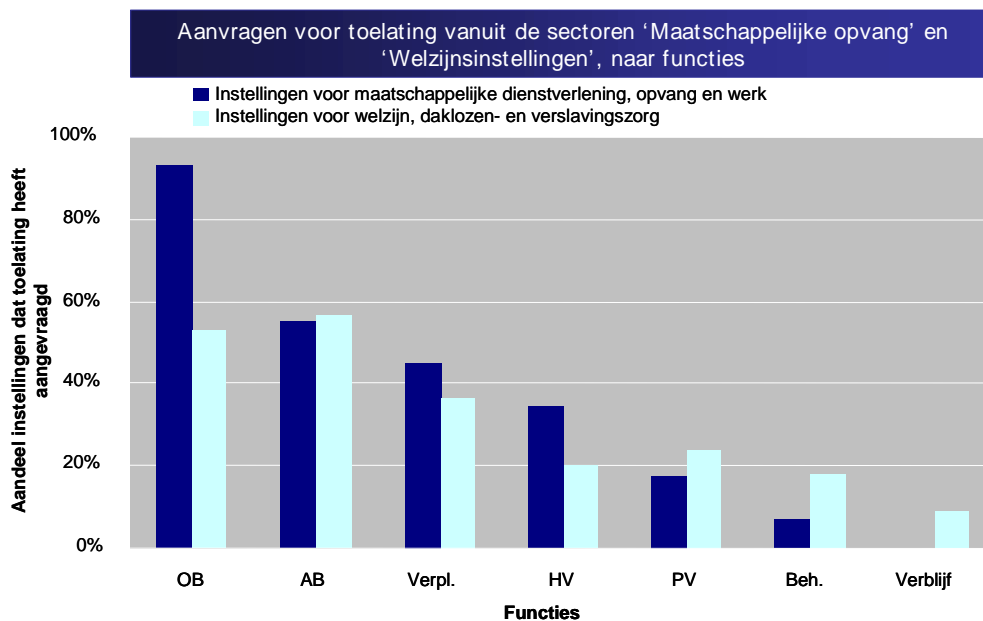
De functies Persoonlijke verzorging (33%) en Huishoudelijke verzorging (32%) volgen op gepaste afstand.

⁸⁷ Voorbeeld aangedragen door CVZ.

⁸⁸ Gegevens CVZ.

Toelatingen tot het leveren van de functies OB en AB worden dikwijls in combinatie aangevraagd; samen maken ze circa 56% van het totaal aantal gevraagde functietoelatingen uit.

Bij de 27% van de aanvragen die uit de welzijnssector komen, zien we een zelfde beeld. De functies waar welzijnsinstellingen een toelating voor aanvragen zijn te lezen in onderstaande grafiek⁸⁹.



Figuur 12: Functies waar instellingen uit de welzijnssector toelating voor aanvragen, april 2003 – medio maart 2004

⁸⁹ Gegevens CVZ.

3 ENIGE KOSTENOPDRIJVENDE FACTOREN

Binnen het systeem en de dynamiek van de AWBZ is een aantal factoren aan te wijzen dat leidt tot verhoging van de kosten op macroniveau.

Uiteraard zijn de meest in het oog springende kostenopdrijvende factoren kosten die samenhangen met loonsverhogingen in de zorg, gelden voor capaciteitsuitbreiding en het wegwerken van wachtlijsten, stijgend indicatievolume et cetera. Daarnaast is er ook een aantal factoren dat minder benoembaar is, althans nogal eens verscholen blijft en minder goed te duiden is. Dit komt omdat zij in het systeem en de dynamiek binnen de AWBZ genesteld zijn.

In samenspraak met VWS, CVZ en CTZ hebben wij een drietal van deze factoren onderzocht. Wij wijzen erop dat wij geen inschatting (kunnen) geven van de omvang van de daarmee gepaard gaande kostenstijging.

De drie onderzochte factoren zijn:

1. Het door marktwerking en bezuinigingsmaatregelen ingegeven gedrag van aanbieders dat gericht is op optimale benutting van de regelgeving, hetgeen voortkomt uit het streven naar vergroting van de financiële armslag (paragraaf 3.1).
2. Het door het streven naar continuïteit van de zorgverlening ingegeven gedrag van sommige ketenpartijen, waaronder zorgkantoren, om zorginstellingen soms te ondersteunen en te faciliteren (paragraaf 3.2).
3. De moeilijkheid om eventuele te ruime indicaties binnen het systeem te signaleren en te corrigeren, daar waar deze mogelijkheid bij te krappe indicaties wel aanwezig is (paragraaf 3.3).

Wij wijzen erop dat deze factoren op zichzelf geen oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen meebrengen.

3.1 **Het door marktwerking en bezuinigingsmaatregelen ingegeven gedrag van aanbieders dat gericht is op optimale benutting van de regelgeving, hetgeen voortkomt uit het streven naar vergroting van de financiële armslag⁹⁰**

De instellingen opererend in de AWBZ hebben recentelijk een behoorlijk aantal ingrijpende veranderingen meegemaakt. Daar waar veel instellingen in het verleden een instellingsbudget als financieel kader kenden, hebben zij recentelijk de omslag moeten maken naar functiegerichte aanspraken. Wijziging van de AWBZ-aanspraken hebben daarbij over het algemeen niet altijd geleid tot een

⁹⁰ Deze formulering is deels ontleend aan formuleringen die enkele brancheverenigingen hanteren in correspondentie met hun leden.

analyse van de eigen portfolio aan dienstverlening, maar vaak tot een meer administratief-technische exercitie om het bestaande budget om te zetten in productie volgens de nieuwe aanspraken. Thans vindt de (voorlopig) laatste slag plaats, van productgerichte naar functiegerichte bekostiging.

De voor instellingen tamelijk ingrijpende wijzigingen zijn bovendien gepaard gegaan met financiële druk. Sommige instellingen voelen de gevolgen van de marktwerking, en alle instellingen hebben te maken met (volgens hen) drastische en onverwacht snel doorgevoerde maatregelen als het stoppen van zorgvernieuwingsgelden en een aanwijzing ex WTG om in beginsel geen aanvullende productieafspraken te maken.

Het gedrag tot optimale benutting van de regelgeving is wijdverbreid over de sectoren van de AWBZ, al zijn er verschillen tussen instellingen en sectoren

In alle onderzochte sectoren signaleren wij sterk grenzenopzoekend gedrag van zorgaanbieders⁹¹. Weliswaar komt dit niet bij alle instellingen even sterk voor, en zijn sommige sectoren (begrijpelijkerwijs) meer vatbaar voor dergelijk gedrag dan andere⁹², dit laat onverlet dat het zoeken naar de grenzen van de mogelijkheden een bekend fenomeen is binnen de AWBZ⁹³.

Soms is dit gedrag gebaseerd op een sturen naar continuïteit, soms op maximalisering van de financiële performance, vaak ook op het verbeteren van de kwaliteit en invulling van de zorgbehoefte, maar in alle gevallen heeft zich de vraag voorgedaan of (grenzenopzoekende) aanwending van AWBZ-middelen op eigenlijke gronden gebeurt. Wij zijn van mening dat dit inderdaad op eigenlijke gronden gebeurt. De grote meerderheid van de gedragingen vallen immers binnen de kaders die wet- en regelgeving en CTG-beleidsregels stellen, hoe ruim of rekkelijk ook, of zijn het resultaat van onderhandelingen met zorgkantoren. Dit hebben wij in hoofdstuk 1 reeds behandeld.

⁹¹ Zij het dat sommige sectoren of zorgsoorten zich meer of minder lenen voor dergelijk gedrag; in het intramurale deel van de V&V-sector constateren wij bijvoorbeeld over het algemeen minder 'ondernemersgedrag' dan in het extramurale deel van de V&V-sector.

⁹² Extramurale, output-gefinancierde zorg wordt gefinancierd via het 'boter-bij-de-vis'-principe. Dit betekent dat hoe meer productie een instelling 'draait', hoe meer zij gefinancierd krijgt.

⁹³ Een speciale opmerking verdienen grotere instellingen, en instellingen die door fusies en allianties grote machtsblokken zijn gaan vormen in de relatie tot het zorgkantoor. Sommige partijen noemen het gedrag van deze grote spelers 'strategisch gedrag', in de zin dat hun groei-doelstellingen en fusie- en samenwerkingsprojecten voornamelijk gestoeld zouden zijn op een strategische (her)positionering als gevolg van verwachte toekomstige ontwikkelingen. Wij menen, net als bij de hieronder nog te beschrijven grenzenopzoekende gedragingen, dat ook deze ontwikkelingen voornamelijk voortkomen uit een onzeker geachte toekomst en een reactie zijn op door VWS gestimuleerde marktwerking.

Instellingen streven naar maximalisering van hun inkomsten, mede ter versterking van het eigen vermogen, maar ook tot het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de invulling van de zorgbehoefte

Naast continuïteitsdrang signaleren wij het streven van instellingen naar optimalisering van de financiële resultaten.

Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te geven:

- In de eerste plaats is optimalisering van de performance eigen aan iedere organisatie en komt dit voort uit een soort natuurlijk streven om groter en sterker te zijn dan ‘de concurrent’.
- Dit is in de tweede plaats nog eens van overheidswege versterkt door de nadruk te leggen op de komende marktwerking, waarbij aanbieders worden gestimuleerd als concurrerende entiteiten te handelen.
- Ten derde wordt in sommige sectoren de naderende marktwerking juist als argument gezien om “*alvast een buffer aan te leggen*”.
- Ten vierde geldt dat sommige sectoren hard zijn getroffen door bezuinigingsmaatregelen, hetgeen een natuurlijke reactie tot optimalisatie tot gevolg kan hebben.
- In algemene zin wordt het beleid van VWS als “*wispelturig*” en “*onberekenbaar*” gekenschetst, waartegen partijen zich ‘indekken’. In voorkomende gevallen wordt het beleid “*inadequaat*” genoemd.
- In sommige sectoren (met name genoemd is gehandicaptenzorg) zien aanbieders hun ‘strategisch gedrag gerechtvaardigd doordat nieuwe toetredende instellingen ‘de krenten uit de pap’ zouden halen.
- Tenslotte: in veel gevallen staat de zorg voor de cliënt voorop met (soms) als ondergeschikt neveneffect dat daar een maximaal gebruik van AWBZ-gelden uit voortvloeit.

Hieronder bespreken wij de dynamiek in de vier sectoren in de volgorde:

1. Thuiszorg
2. Verpleging en Verzorging
3. Geestelijke gezondheidszorg
4. Gehandicaptenzorg

1. De dynamiek in de thuiszorg

Thuiszorginstellingen zijn instellingen, die zich bij hun vorming uit kruiswerk en andere extramurale ondersteuning reeds in een andere financieringsstructuur bevonden dan de meeste overige AWBZ-instellingen. Thuiszorg wordt op basis van geleverde prestaties betaald en niet op basis van budget.

In de jaren negentig van de vorige eeuw was er bovendien een zodanig grote vraag naar thuiszorg, gecombineerd met een groot personeelstekort, dat de toekomst van thuiszorgorganisaties in markttechnische zin rooskleurig was. Begin deze eeuw is gaandeweg de concurrentie in de thuiszorg vergroot. Daarnaast is de

financiële situatie van thuiszorgorganisaties recentelijk veranderd als gevolg van soms dalende vraag (onder meer door de verhoging van de eigen bijdrage en de groei van het PGB), budgettaire beperkingen (onder meer het wegvallen van de bestedingsmiddelen), het feit dat de wachtlijsten over het algemeen zijn weggewerkt en de eerste tekenen van overaanbod.

Thuiszorgorganisaties stoppen thans veel energie in het verzekeren van hun continuïteit, deels door kostenbesparingen, maar zeker deels ook door het trachten de wettelijke mogelijkheden optimaal te benutten. De redenen hiervoor bespreken wij hierboven.

Stimulering door brancheorganisatie LVT

Een voorbeeld van stimulering van optimaliseringsgedrag is een brief die brancheorganisatie LVT heeft geschreven aan haar leden na Prinsjesdag 2003⁹⁴.

Hierin geeft de LVT, als reactie op de bezuinigingsplannen gepresenteerd in de Rijksbegroting, suggesties voor het verruimen van de financiële armslag. De brief (getiteld: Tips & trucs') van de LVT is opgenomen als bijlage 5 bij dit rapport.

Gevraagd naar een toelichting bij de brief schrijft de heer drs. B.E. van den Dungen, directeur van de LVT, aan Boer & Croon:

“De brief bevat naar mijn mening geen oproep aan de leden om gigantische bezuinigingstaakstelling ter grootte van zo'n 12% van het instellingsbudget te ontduiken, maar een aantal suggesties hoe – in lijn met de door VWS opgestelde regels voor de bekostiging (volledige outputbekostiging) – de zorginstelling in 2004 alsnog kan beschikken over de vereiste ‘boter bij de vis’.

Wanneer door het wegvallen van zorgvernieuwingsmiddelen en werkdrukmiddelen de zorginstelling plotseling volledig afhankelijk wordt van inkomsten op basis van geleverde zorg-uren, is het zaak om alle zorg die geleverd wordt (ook die zorg die tot dan toe plaats vond onder de noemer van zorgvernieuwing) alsnog in productietermen te gieten en meer in het algemeen zorg te dragen voor kostendekkende tarieven teneinde de begroting sluitend te krijgen. Dit dient niet te worden aangemerkt als een oproep tot strategisch gedrag maar behoort tot een reguliere taak van een brancheorganisatie om haar leden te wijzen op de consequenties van veranderende regelgeving en hen te faciliteren met bruikbare suggesties. Daarbij geldt uiteraard als voorwaarde – waaraan mijns inziens ook volledig is voldaan – om de vigerende regelgeving te respecteren.”

Brief van LVT aan Boer & Croon, 23 juni 2004

In een eerder gehouden oriënterend gesprek met de LVT – voordat de bijlage bij de brief Boer & Croon bekend was geworden – noemde de heer Van den Dungen

⁹⁴ Dit overzicht (aangeduid als ‘tips en trucs’) is op 14 oktober 2003 door de LVT aan haar leden verzonden.

het volstrekt begrijpelijk dat instellingen “*optimaal gebruik maken van de regels die er zijn*”, als gevolg van de bezuinigingen die de sector ten deel zijn gevallen.

Wij constateren dat de LVT dit optimale gebruik stimuleert - door welke motieven ook - en hiervoor de nodige handvatten aanreikt⁹⁵.

Het zal niet verbazen dat ook commerciële thuiszorginstellingen optimaliseringsgedrag vertonen, als gevolg van hun expliciete streven naar continuïteit en optimalisering van de resultaten. Vergelijk in dit verband artikel 6 van de BTN-gedragscode:

“De organisatie hanteert een winststreven. Dit winststreven is a priori gericht op de continuïteit van de organisatie en secundair op de belangen van de aandeelhouders/vennoten of bij een AWBZ-organisatie voor de opbouw van een weerstandsvermogen (zgn. positieve RAK).”

Voorbeelden van optimaal bezettingsgedrag in de thuiszorg

Wij hebben in ons onderzoek gekeken welke grenzenopzoekende gedragingen veel voorkomen in de thuiszorg. De met (*) aangeduide vormen zijn tevens gesuggereerd door de LVT. Onderstaande gedragingen zijn door bijna alle gesprekspartners die wij spraken over de thuiszorg⁹⁶ genoemd:

Contracteren tegen het maximum CTG-tarief (*)

Volgens gesprekspartners gebeurt dit op zeer grote schaal. Bij nieuwe instellingen (deels verenigd in brancheorganisatie BTN) zou vaker tegen een lager tarief worden afgesproken. Zorgkantoren spelen hierbij uiteraard tevens een belangrijke rol. Twee voorbeelden van de dynamiek tussen zorgkantoren en instellingen⁹⁷:

- Van een thuiszorginstelling is bekend, dat het zorgkantoor aanbod niet het maximale tarief in rekening te brengen in ruil voor een groter contract.
- Een thuiszorgorganisatie biedt het zorgkantoor aan niet het maximale tarief in rekening te brengen in ruil voor een groter contract. Het zorgkantoor vraagt of het niettemin het maximale tarief in rekening kan brengen, omdat hun administratie maar met één tarief overweg kan.

Het leveren van zorg aan de ‘bovenkant’ van de geïndiceerde klasse (*)

Reeds besproken in hoofdstuk 1.2. Volgens zorgkantoren die wij gesproken hebben is declaratie aan de ‘bovenkant’ van de klasse eerder regel dan uitzondering.

⁹⁵ Mededingingsrechtelijke aspecten betreffende laten wij in dit onderzoek achterwege.

⁹⁶ Twee RIO's, vier Zorgkantoren, twee thuiszorginstellingen (waarvan één zich over het algemeen niet kon vinden in genoemde gedragingen).

⁹⁷ Beide opgenomen in Zorgvisie Nieuwsbrief, 23 april 2004.

Het declareren op basis van deskundigheidsniveau van de zorgverlener in plaats van de geïndiceerde en geleverde zorgprestatie

Dit zou eveneens op grote schaal gebeuren. Een zorgkantoor vertelde ons dat de inzet van medewerkers oncontroleerbaar is voor de zorgkantoren en dat bij afschaffing van de regel een (grote) thuiszorginstelling in zijn regio vreest voor een omzetverlies van €7 miljoen. Vanaf 1 januari 2005 is dit op grond van de CTG-circulaire van 24 juni 2004 niet meer toegestaan.

Het verschuiven naar hogere of duurdere functies

De Staatssecretaris heeft in haar brief aan de Tweede Kamer (voorhang aanwijzing ex WTG van 5 april 2004) hier melding van gemaakt. Zij maakt melding van berichten dat er een verschuiving plaatsvindt naar duurdere producten. De LVT ontkent deze berichten en stelt dat *“die verschuiving niet is opgetreden en de volumeontwikkeling in de thuiszorg in zijn algemeenheid (wellicht als enige sector binnen de AWBZ) een zeer gematigde ontwikkeling laat zien”*⁹⁸. Wij hebben ons in het onderzoek niet verder verdiept in deze beweerde verschuiving, mede gelet op het feit dat de discussie erover thans door verschillende partijen nog gaande is.

Het “aanjagen” van de vraag

Dit is geen oneigenlijk gebruik, ook niet het opzoeken van de grenzen van de wettelijke regels, en wij achten dit dan ook veeleer gezond ondernemerschap. Wel lijkt dit een bijdrage te leveren aan stijgende kosten, al is het maar omdat in sommige regio's er een 'vechtmarkt' om de klant is ontstaan als gevolg van overaanbod. Er zijn veel voorbeelden te noemen (in gesprekken die wij voerden, maar ook bijvoorbeeld uit folders van instellingen) waarbij instellingen een actieve rol spelen in het indicatieproces. Bijvoorbeeld door voorafgaand aan de indicatieprocedure 'intakegesprekken' te voeren met potentiële klanten, waarbij *“actief en aandachtig naar uw wensen”* wordt geluisterd. Interessant in dit verband is een citaat van de heer Mathu van Florence thuiszorg: *“Productie draaien, daar gaat het om, want dat levert geld op. (...) Wij jagen die vraag wel aan.”*⁹⁹

2. De dynamiek in de Verpleeg- en Verzorgingssector

Veel instellingen in de V&V-sector zijn de afgelopen jaren gefuseerd tot (kleine) concerns. Nog steeds zijn er enige honderden zelfstandige verpleeg- en verzorgingshuizen. Deze hebben het in de afgelopen periode redelijk zwaar gehad om financieel gezond te blijven. Veel speelruimte hebben deze instellingen overigens niet om extra productie te maken. Met name de concerns hebben zich de afgelopen jaren mede toegelegd op extramurale zorgverlening. Deze extramurale zorg geeft de V&V-instelling extra financiële speelruimte.

⁹⁸ Brief LVT aan Boer & Croon van 23 juni 2004.

⁹⁹ Zorgvisie Nieuwsbrief van 23 april 2004.

In de V&V-sector ligt het in eerste instantie minder voor de hand dat er grenzenopzoekend handelen plaatsvindt op de wijze zoals in de thuiszorgsector lijkt te gebeuren. Dit gaat althans met name op voor de intramurale sector.

Redenen hiervoor zijn onder andere:

- De sector heeft een statischer cliëntenbestand dan de thuiszorgsector, nu de V&V-clënten dag-in-dag-uit tegen een vast tarief worden geholpen.
- De ondernemerszin in de V&V-sector wordt door de gesproken partijen minder hoog aangeslagen dan in andere sectoren¹⁰⁰.

Een deel van de sector kampt evenwel met continuïteitsproblemen (met name de ‘eigenstandige’ huizen), zodat niet kan worden uitgesloten dat er goed wordt gekeken naar de mogelijkheden en onmogelijkheden die het systeem biedt. Dit is op zichzelf natuurlijk geen oneigenlijk gebruik, maar wel ‘grenzenopzoekend’ gedrag.

Zeker bij overheidsmaatregelen die de sector treffen kunnen instellingen de neiging hebben tot het compenseren van de naar hun oordeel oneigenlijke maatregelen cq. incomplete regelingen om de oorspronkelijke dienstverlening toch te kunnen blijven leveren. Ook werkt de sterke relatie met de cliënt ‘grenzenopzoekend’ gedrag in de hand, om de cliënt zo goed mogelijke zorg te leveren¹⁰¹.

In de extramurale tak van V&V is het voorstelbaar dat eenzelfde soort grenzenopzoekend gedrag zich voordoet als in de thuiszorgsector. Dat deel van de V&V-sector dat tevens extramurale activiteiten aanbiedt draait financieel over het algemeen beter dan die instellingen die uitsluitend intramurale zorg aanbieden. Het rendement op extramurale zorg is dan ook hoger dan op intramurale zorg.

Stimulering door brancheorganisatie Arcares

Een voorbeeld van stimulering van optimaliseringsgedrag is een overzicht dat brancheorganisatie Arcares heeft opgesteld ten behoeve haar leden genaamd ‘Tips & Trucs’¹⁰².

¹⁰⁰ Volgens verschillende partijen zouden slechts circa 90 à 100 instellingen een ‘actieve’ ondernemersrol vervullen. Hieronder vallen de instellingen (veelal met serviceflats) die hogere vergoedingen (inclusief eigen bijdragen) vragen voor hun diensten. Dit laatste kan evenwel moeilijk tot grenzenopzoekend gedrag worden bestempeld, eerder tot het vraagstuk van positionering.

¹⁰¹ Interview met Arcares.

¹⁰² Dit overzicht staat aangekondigd in Arcares Nieuws van 23 december 2003: “*Binnenkort ontvangen de leden van Arcares de beleidsregels van het CTG. Arcares wil de leden zo goed mogelijk faciliteren en heeft daartoe ‘Tips & Trucs’ op een rijtje gezet.*”

Hierin geeft Arcares, als reactie op de CTG-beleidsregels V&V voor 2004, een overzicht “waarmee u de ruimte in de beleidsregels optimaal benut en zodoende hopelijk kunt bewerkstelligen dat u 2004 financieel gunstig kunt afsluiten.” Het overzicht ‘Tips & trucs beleidsregels V&V 2004’ is opgenomen in bijlage 6 bij dit rapport. Wij constateren dat Arcares optimale benutting van de regelgeving stimuleert - door welke motieven ook - en hiervoor de nodige handvatten aanreikt¹⁰³.

De door Arcares gedane eerste suggestie in ‘Tips & trucs’ luidt als volgt:

“Bij zowel dagverzorging als dagbehandeling wordt er nagecalculeerd op de werkelijke productie. Dat betekent dat u als instelling opdraait voor de kosten indien een cliënt weliswaar zich heeft opgegeven voor een dag(deel) maar niet komt opdagen. U kunt dit voorkomen door in de overeenkomst met de cliënt een bepaling op te nemen dat inschrijving voor een dag(deel) betekent dat de zorg genuttigd is. Alleen bij tijdige afmelding (dit kan de instelling zelf bepalen) kan dit komen te vervallen. Mocht een cliënt dan uiteindelijk niet komen opdagen door ziekte of andere reden, dan kunt u als instelling dit dag(deel) toch als geleverde productie registreren en wordt u niet onnodig gekort middels de nacalculatie op uw budget. U dient de cliënt er wel op te wijzen dat hij/zij ook voor de niet aanwezige dagen een eigen bijdrage in rekening gebracht krijgt door het CAK.”

Naar aanleiding van deze eerste suggestie heeft Boer & Croon aan het CTG en aan Arcares de volgende vraag voorgelegd: “Wij aarzelen nog over de strekking van de eerste suggestie die Arcares haar leden doet. Is dit conform de letter en de geest van de CTG-beleidsregel?”

Het CTG antwoordt aan Boer & Croon desgevraagd:¹⁰⁴

“De eerste suggestie van Arcares ‘no show’ bij dagverzorging/dagbehandeling is niet conform de beleidsregels van het CTG. De bekostiging gaat uit van feitelijk geleverde zorg en de registratie van de instelling moet er dan ook op gericht zijn dat alleen deze feitelijk geleverde zorg wordt vastgelegd. Om het hoofd te bieden aan de problematiek van veelvuldige afwezigheid van cliënten wordt momenteel de afwezigheid van een ‘wegblijftarief’ onderzocht.”

E-mail CTG aan Boer & Croon, 7 juli 2004

Arcares antwoordt aan Boer & Croon desgevraagd:¹⁰⁵

¹⁰³ Mededingingsrechtelijke aspecten laten wij in dit onderzoek achterwege.

¹⁰⁴ E-mail van 7 juli 2004 aan Boer & Croon.

¹⁰⁵ E-mail van 30 juni 2004 aan Boer & Croon.

“Hierbij laat ik u weten dat de informatie (Tips en trucs, aan u gefaxt op 28 juni) van 23 december 2003 inmiddels is achterhaald wat betreft de eerste alinea en is vervangen door (nieuwe tekst):

‘No Show’ bij dagverzorging/dagbehandeling

Bij zowel dagverzorging als dagbehandeling wordt er nagecalculeerd op de werkelijke productie. Dat betekent dat u als instelling opdraait voor de kosten indien een cliënt weliswaar zich heeft opgegeven voor een dag(deel) maar niet komt opdagen. U kunt dit voorkomen door in de overeenkomst met de cliënt een civielrechtelijke bepaling op te nemen dat indien een cliënt in geval van niet tijdig en niet- excuseerbaar afzeggen van de afspraak een bedrag in rekening wordt gebracht. Alleen bij tijdige afmelding (dit kan de instelling zelf bepalen) kan dit komen te vervallen. Mocht een cliënt dan uiteindelijk niet komen opdagen zonder afmelding of geldige reden, dan kunt u als instelling dit dag(deel) toch in rekening brengen bij de cliënt en wordt u niet onnodig gekort op uw budget.”

E-mail Arcares aan Boer & Croon, 30 juni 2004

Het CTG geeft als reactie op deze nieuwe suggestie van Arcares aan haar leden (na doorzending van bovenstaande nieuwe tekst door Boer & Croon):

“Ook bij onderstaande tekst van Arcares moet toch nog de opmerking worden gemaakt dat niet zonder meer iets in rekening kan worden gebracht bij de cliënt.

Volgens onze juristen is hierop het volgende van toepassing: ‘In de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar mogen alleen WTG-tarieven worden gedeclareerd. Een zorgaanbieder die onder de WTG valt, valt daar immers voor alle gezondheidszorgprestaties onder. Dat het ook in de AWBZ om een gezondheidszorgprestatie gaat, is uitgangspunt nu we daar ook voor andere sectoren van uitgaan (o.a. wegblijftarief ziekenhuizen, tandartsen). Een ziekenfonds mag dus niet buiten de WTG een vergoeding met zorgverleners afspreken als compensatie voor hun verloren declarabele tijd.’

Ook een wegblijftarief zou door het CTG moeten worden vastgesteld.”

E-mail CTG aan Boer & Croon, 14 juli 2004

Voorbeelden van optimaliseringsgedrag in de V&V-sector

Extramuraal zijn wij grosso modo dezelfde gedragingen tegengekomen als in de thuiszorg, zoals:

- Contracteren tegen het maximum CTG-tarief.
- Het leveren van zorg aan de ‘bovenkant’ van de geïndiceerde klasse.
- Het declareren op basis van deskundigheidsniveau van de zorgverlener in plaats van de geïndiceerde en geleverde zorgprestatie.

Intramuraal zijn wij slechts enkele mogelijkheden van het opzoeken van de wettelijke grenzen tegengekomen, met name waar dit betreft dagverzorging/dagbehandeling ouderen. Controle hierop is evenwel beperkt, hetgeen met name verband houdt met beperkte registratieverplichtingen. Wij

hebben dus niet kunnen constateren dat dit werkelijk gebeurt. Wel menen wij hiervan melding te moeten maken, gelet op het feit dat wij meerdere malen van de mogelijkheden hebben vernomen, Arcares één van de twee suggereert en de FIOD/ECD naar de andere een onderzoek heeft verricht (in het kader van een breder onderzoek).

Onduidelijkheid bij opkomst dagverzorging/dagbehandeling ouderen

Zie hiervoor de suggestie die Arcares aan haar leden heeft gedaan met betrekking tot de 'no show' bij dagverzorging/dagbehandeling in het overzicht 'Tips & trucs'.

Mogelijkheid van dubbele financiering bij dagverzorging ouderen tussen thuiszorg en verzorgingsinstelling

Deze mogelijkheid is onderzocht door de FIOD/ECD:¹⁰⁶
Het kan voorkomen dat door zowel de thuiszorginstelling als het verzorgingshuis productieafspraken zijn gemaakt voor hetzelfde product en dezelfde uren. In haar rapport concludeert FIOD/ECD: *“Het product dagverzorging voor ouderen wordt door 14 van de 18 onderzochte instellingen aangeboden. Bij 5 verzorgingshuizen en 2 toegelaten thuiszorginstellingen is er sprake van mogelijke dubbele financiering. Door zowel de thuiszorginstelling als het verzorgingshuis zijn productie-afspraken gemaakt voor hetzelfde product en dezelfde uren.”*. De FIOD/ECD schat het bedrag dat hiermee gemoeid is op NLG 500.000 (over 2001, en alleen over de 14 onderzochte instellingen). Eén van de grotere knelpunten voor controle is dat de instellingen niet op cliëntniveau registeren. In opdracht van het CTG zal de FIOD/ECD in 2004 verder onderzoek verrichten.

Intramuraal, in gebieden waar leegstand is, zouden V&V-instellingen afspraken proberen te maken met andere ketenpartijen:

- 'Bedelen' bij RIO's om indicaties¹⁰⁷
- Sturen op transmurale projecten, *“om lege bedden te vullen”*,¹⁰⁸

3. De dynamiek in de GGZ-sector

GGZ-instellingen leveren cliënten zorg in een concept dat gericht is op behandeling (waar mogelijk) van een geestelijke aandoening. Tevens wordt waar nodig gezorgd voor verblijf, welzijns ondersteuning en ondersteuning bij resocialisatie (inclusief ondersteuning bij het vinden van werk). Daarnaast ondersteunen GGZ-instellingen onder andere de huisartsen in hun GGZ-taken binnen de huisartsenpraktijk.

GGZ zorg valt uiteen in vier zorgsoorten:

1. Preventieve zorg

¹⁰⁶ Project Thuiszorg, FIOD/ECD, november 2003.

¹⁰⁷ Volgens twee RIO's in regio's waar leegstand is.

¹⁰⁸ Volgens V&V instelling in regio waar leegstand is.

2. Op genezing gerichte zorg
3. Chronische zorg
4. Bemoeizorg

Bij deze vier zorgsoorten is door de gesproken instellingen aangegeven dat bemoeizorg over het algemeen verliesgevend is, preventieve zorg op zijn best kostendekkend en dat de chronische en op genezing gerichte zorg deze tekorten dekken. Hierbij wijst GGZ Nederland naar dat een recente studie van HHM waaruit zou blijken dat extramurale tarieven niet kostendekkend zijn. Deze verliezen moeten dus elders worden gecompenseerd.

In de afgelopen jaren heeft de GGZ de stijgende vraag binnen het eigen budget moeten opvangen, hetgeen bij stijgende productie tot lagere tarieven leidde. De afgelopen 14 maanden is dat opgeheven en is dat gepaard gegaan met de stijging van de kosten.

GGZ-instellingen hebben in hun streven naar professionaliteit rond de behandeling van hun cliënten een integraal pakket van dienstverlening opgezet dat bestaat uit zorg, welzijn, waar nodig wonen en resocialisatie. Door de aard van de financiering (op totaalbudget op basis van productie) is er door het zorgkantoor of de wetgever niet altijd gekeken of al deze zorg naar aard en verstrekking wel door de AWBZ moest worden gefinancierd.

Daarnaast spelen de gemeenten een belangrijke rol bij het bieden van een integraal pakket van dienstverlening. Maar ook gemeenten vertonen strategisch gedrag en kijken eerst naar hetgeen uit de AWBZ kan worden betaald om vervolgens aanvullende ondersteuning te bieden. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij CAD en verslavingszorg.

Recentelijk is er maatschappelijke druk bijgekomen om thuislozen, probleemjongeren en verslaafden door middel van bemoeizorg nog meer pro-actief te benaderen en te behandelen.

Door de recente modernisering van de AWBZ is er bij de instellingen in het algemeen geen sprake geweest van heroriëntatie op het zorgpakket, maar heeft de nadruk gelegen op het onderbrengen van bestaande zorg in de nieuwe functiegerichte zorgtypering. Een logische reactie vanuit organisaties die gericht zijn op continuering van dienstverlening. Hierbij tekenen wij de reactie van GGZ Nederland op die zegt dat de functiegerichte aanspraken *“de GGZ een doorn in het oog (is), voorzover de achterliggende producten (DBC’s) onherkenbaar worden.”*¹⁰⁹

¹⁰⁹ E-mail van GGZ Nederland aan Boer & Croon van 24 juni 2004.

De voorgenomen overgang van het grootste deel van de GGZ naar het tweede compartiment versterkt bovendien de behoefte aan continuïteit en zelfs aan versterking van het eigen vermogen.

Het gedrag van de GGZ-sector is in zijn algemeenheid zeker niet gericht op het bewust oneigenlijk gebruiken van AWBZ-gelden, maar op het verzekeren van inkomsten voor noodzakelijke zorg, inclusief welzijn en wonen. Vanuit die context zijn de volgende verschijnselen te beoordelen:

- Er is over het algemeen weinig verantwoording gegeven over de wijze waarop de extra gelden voor wachtlijstvermindering zijn besteed. Bij zorgvernieuwing is wel nauwkeurig naar de uitgaven gekeken, maar niet naar de hiervoor geleverde prestaties.
- Binnen het kader van de productieafspraken wordt maximaal gebruik gemaakt van de mogelijkheden tot verhogen van de productie. Als mogelijkheden werden genoemd:
 - Functiedifferentiatie.
 - Het optimaal gebruik maken van mogelijkheden om OB en AB te declareren.
- De stijging van de zorgzwaarte van de populatie van GGZ-instellingen leverde spanningen op met de zorgkantoren, maar dit lijkt nu verholpen door het ‘zorgzwaarteprotocol’.

4. De dynamiek in de Gehandicaptensector

Net als de geestelijke gezondheidszorg biedt de gehandicaptensector een breed pakket aan dienstverlening dat bestaat uit zorg, dagbesteding, welzijn, sociale participatie, arbeidsintegratie, wonen en aanvullende dienstverlening. De gehandicaptenzorg valt uiteen in drie zorgcategorieën:

1. Verstandelijk gehandicapten;
2. Lichamelijk gehandicapten;
3. Zintuiglijk gehandicapten.

Van deze categorieën is de groep verstandelijk gehandicapten verreweg de grootste.

Voor financiering van hun activiteiten hebben veel van de instellingen op het gebied van gehandicaptenzorg naast hun gewone exploitatie al dan niet omvangrijke steunstichtingen, vaak uit levensbeschouwelijke hoek. Deze stichtingen financieren soms projecten, maar geven ook wel exploitatiebijdragen. De instellingen in de gehandicaptenzorg hebben hun financiële positie in de afgelopen jaren op bescheiden wijze kunnen verbeteren. Twee ontwikkelingen hebben hiertoe bijgedragen:

- Zorgvernieuwingsgelden en wachtlijstgelden. Binnen de gehandicaptensector betreft dit (2003) €320 miljoen op een budget van €4 miljard¹¹⁰.
- De mogelijkheid om extramurale zorg te verlenen¹¹¹.

Daarnaast heeft ook de gehandicaptenzorg steeds meer te maken met differentiatie in dienstverlening. Eén van de gevolgen is het invoeren van de regionale dienstverlening. Hiervoor zijn twee uitgangspunten leidend geweest. Enerzijds dat mensen met een handicap een zo normaal mogelijk leven moeten leiden in een zo normaal mogelijke setting. Anderzijds emancipatie, die zowel klant als omgeving de mogelijkheid biedt kritisch te zijn over geboden en te bieden zorg.

Dit betekent direct dat de klant professioneel ondersteund moet worden, waarbij medewerking van gemeenten en corporaties onontbeerlijk is (bijvoorbeeld als het gaat om het ter beschikking stellen van locaties).

De gemeenten vervullen een belangrijke rol bij het verlenen van ondersteuning (veelal op het gebied van wonen, aanvullende voorzieningen en integratie/arbeidsparticipatie) aan gehandicapten. Met betrekking tot financiering kijken zij eerst naar hetgeen uit de AWBZ kan worden betaald en geven aanvullende ondersteuning indien noodzakelijk. Dit is bewust beleid en conform wat er bij GGZ gebeurt rond CAD en verslavingszorg. Ook hier kun je niet spreken van misbruik of oneigenlijk gebruik. De AWBZ wordt als vangnetwet gezien door velen in zorg en samenleving en als zodanig consequent gebruikt.

De instellingen in de (gehandicapten)zorg spelen hierop in door een breed dienstenpakket aan te bieden. Door de budgetfinanciering in de afgelopen jaren is dit beleid de facto geaccepteerd. De motivatie van de instellingen is geweest een volledig en zinvol zorg- en welzijnpakket te bieden, zonder dat de cliënt of zijn vertegenwoordigers zich zorg behoeften te maken over de financiering.

Ook bij gehandicaptenzorg is de ommezwaai van de modernisering niet gevolgd door een herbezinning op het takenpakket en de financiering, maar is een vertaling gemaakt van het huidige pakket dienstverlening in het budget naar de nieuwe productieparameters. De zorgkantoren hebben deze werkwijze geaccepteerd. Zij beseffen dat instellingen (veelal groot en verantwoordelijk voor een behoorlijk deel van Nederland op het gebied van de gehandicaptenzorg) de continuïteit willen waarborgen.

¹¹⁰ De Zorg op Maat gelden worden nu structureel ingebouwd in het budget en voor extra projecten is expliciete goedkeuring van zorgkantoor en CTG noodzakelijk. In circa 30% van de aanvragen bij het CTG wordt negatief beslist (in financiële parameters gemeten).

¹¹¹ Deze groei resulteerde in een 3% budgetstijging van de gehele gehandicaptenzorg van in totaal €120 miljoen. De indruk bestaat dat de verbetering van de financiële positie mede verband houdt met de toename aan extramurale zorgverlening.

Het gedrag van instellingen in de gehandicaptenzorg is in zijn algemeenheid niet gericht op het oneigenlijk gebruiken van AWBZ-gelden, maar is, net als bij instellingen in de GGZ, gericht op het verzekeren van inkomsten voor het waarborgen van de continuïteit. Instellingen vertonen bijvoorbeeld grenzenopzoekend gedrag wanneer het gaat om het verkrijgen van extra middelen om de zorg voor zware patiënten te kunnen (blijven) leveren. Ook hebben instellingen vermogen nodig om toetreding tot het Waarborgfonds mogelijk te maken. Eén van de mogelijkheden daartoe is het (optimaal) gebruik maken van de mogelijkheid om ondersteunende (OB) en activerende begeleiding (AB) te declareren. Dit lijkt inderdaad op grote schaal te gebeuren.

VGN merkt hierover op:¹¹²

“Nieuwe aanbieders ‘pikken de krenten uit de pap’ (eenvoudige zorg is interessant voor een markt) en laten daarmee bij de traditionele aanbieders de onrendabele lijnen achter. De ruimere toelatingen in het overheidsbeleid (in combinatie met de toenemende concurrentieverhoudingen) veroorzaakt dat vervolgens de traditionele aanbieders genoodzaakt zijn om al het mogelijke binnen de grenzen van de wet op te zoeken. Wij zouden zeggen: dat hoort bij het marktspel. Voor de overheid kan dat geen reden zijn om aanbieders oneigenlijk gebruik in de schoenen te schuiven.”

Voor de goede orde: wij bestempelen de genoemde gedragingen niet als oneigenlijk gebruik.

3.2 Het door het streven naar continuïteit van de zorgverlening ingegeven gedrag van sommige ketenpartijen, waaronder zorgkantoren, om zorginstellingen soms te ondersteunen en te faciliteren

In algemene zin – de sectoren en ketenpartijen overstijgend – signaleren wij een zichzelf in stand houdende neiging tot continuïteit van het aanbod. Dit is op zichzelf een begrijpelijk gegeven, om meerdere redenen:

- Voorop staat immers de invulling van de zorgbehoefte, die leidt tot een (vermoede) noodzaak tot instandhouden van de aanbieders van die zorg.
- Daarnaast hebben instellingen te maken met de zorg voor eigen personeel. Mede als gevolg van het wegwerken van de wachtlijsten is een druk ontstaan op instellingen, die zij het hoofd hebben kunnen bieden door het aannemen van (veel) nieuwe medewerkers. Bij financiële krapte wordt het dan als zeer ongewenst beschouwd deze medewerkers ‘de laan uit te sturen’. Zorginstellingen hebben bovendien van nature een beschermend en verzorgend karakter, hetgeen zich uit in zorg voor het eigen personeel.
- Tenslotte geldt in algemene zin dat het bestaansrecht van een instelling soms gevonden wordt in het bestaan van een instelling. Dit is op zichzelf eigen aan

¹¹² E-mail VGN aan Boer & Croon van 25 juni 2004.

heel veel organisaties en valt daarmee alleszins te begrijpen. In een ‘gewone’ markt wordt het bestaansrecht van een organisatie evenwel continu uitgedaagd door de krachten van vraag en (concurrerend) aanbod. In een minder open markt dient dit te gebeuren door bijvoorbeeld een sterke regisseur of toezichthouder. Zoals in hoofdstuk 4 wordt geschreven lijken deze laatste functies in de AWBZ niet optimaal ingevuld.

Wij signaleren op beleidsniveau (onder meer een CTG-beleidsregel) maar ook op uitvoerend niveau (zorgkantoren) regels en gedragingen die instellingen ondersteunen en soms pro-actief faciliteren.

Beleidsniveau

De mogelijkheid van ondersteuning is door het CTG uiteengezet in de beleidsregel steunverlening aan instellingen met financiële problemen¹¹³. Het CTG heeft aangegeven dat uit de aard van dit beleid een zeer restrictieve toepassing heeft plaatsgevonden¹¹⁴.

Eén casus van een thuiszorginstelling met financiële problemen (regio Utrecht) die financieel is ondersteund is algemeen bekend. Het is Boer & Croon onbekend in hoeverre CTG of het ministerie in andere gevallen ondersteuning hebben geboden. CTG merkt hierover op dat casuïstiek zeer vertrouwelijk wordt behandeld en cijfers niet worden gepubliceerd¹¹⁵.

Hoe dit ook zij, in de perceptie van instellingen zou het feit dát er een vangnet is (hoe restrictief ook toe te passen) en dat er daadwerkelijk is ondersteund in een markt waarin nu juist marktwerking zeer gestimuleerd is, reden kunnen zijn om de ‘tucht van de markt’ enigszins te relativiseren. Recentelijk heeft de minister aangegeven dit vangnet weg te halen¹¹⁶.

Uitvoerend niveau (zorgkantoren)

Wij hebben in ons onderzoek verschillende voorbeelden gesignaleerd van het faciliteren van de continuïteit van de instellingen door zorgkantoren, die de instellingen soms ondersteunen door aanvullende productieafspraken te maken en/of afspraken te maken rond de deels ingetrokken regelingen rond zorgvernieuwing en bestedingsmiddelen.

De zorgkantoren hebben een zware verantwoordelijkheid binnen de AWBZ. Zij worden geacht zowel doelmatig in te kopen als de aanspraken op zorg te

¹¹³ Beleidsregel I-688/II-681/III-864 van 18 mei 2004, behorend bij circulaire GHOT/ybas/A/04/03c.

¹¹⁴ E-mail CTG aan Boer & Croon, 29 juni 2004.

¹¹⁵ E-mail CTG aan Boer & Croon, 29 juni 2004.

¹¹⁶ Zorgvisie 2 juli 2004.

realiseren in een marktomgeving waar vaak sprake is van wachtlijsten, soms (regionale) monopolisten bestaan en de ‘tucht’ van de overheid voelen, die volgens zorgkantoren meer dan eens “*over hen heen*” kostenbesparingsmaatregelen neemt¹¹⁷.

In feite zit een zorgkantoor dus ‘gevangen’ tussen de zorgplicht en de doelmatigheids/controleplicht. Gedurende het onderzoek is een beeld naar boven gekomen waarin de zorgkantoren hun sturing soms beduidend meer gericht hebben op de facilitering en toewijzing van zorg en minder op controle op (doelmatigheid en rechtmatigheid van) de uitgaven¹¹⁸.

Dit klemmt te meer zodra de continuïteit van instellingen op het spel komt te staan, zeker wanneer deze grote spelers zijn in de regio. Wij hebben sterke signalen ontvangen – al varieert dit per zorgkantoor – van een pro-actieve, althans zeer coöperatieve houding van sommige zorgkantoren bij de instandhouding van instellingen. Met name speelt dit in markten waarin dominante spelers opereren (het wegvallen van het aanbod kan niet goed worden opgevangen door kleinere spelers) of waar aanbodschaarste is (wachtlijsten). Dit gebeurt, voor zover wij kunnen overzien, binnen de bestaande kaders van wet- en regelgeving.

Zorgkantoren kunnen dat bijvoorbeeld doen door externe dreigingen van budgetverlagingen pro-actief te bespreken met de instelling en oplossingen aan te dragen om tot herstel van dat budget te komen.

- Een voorbeeld dat ons genoemd is tijdens een interview met een directeur van een instelling in de gehandicaptensector: de instelling had een specifiek project voor moeilijk opvoedbare jongeren dat geheel gefinancierd werd uit zorgvernieuwingsgelden. Deze gelden dreigden weg te vallen (ten belope van enige miljoenen euro's). Voordat definitieve informatie hierover de instelling zou bereiken had het zorgkantoor al pro-actief een oplossing aangeboden in de vorm van onder meer extra productieafspraken.
- In een interview met een zorgkantoor vertelde onze gesprekspartner van “*het mitigeren van overheidsmaatregelen*” binnen de wet- en regelgeving. Hier werd expliciet aan toegevoegd dat ‘mitigeren’ geen ‘compenseren’ betekent, en dat zulks geschiedt binnen de kaders van wet- en regelgeving. Bij dit laatste hebben wij weinig twijfels, te meer daar wet- en regelgeving soms grote beleidsvrijheid geven aan zorgkantoren bij de contractering van zorg.
- Een instelling is een transmuraal project aangegaan met een ziekenhuis, volstrekt gefinancierd vanuit de bestedingsmiddelen van de thuiszorginstelling. Na 1 januari 2004 (wegvallen bestedingsmiddelen) blijkt er een aanzienlijk financieel gat te ontstaan, dat moet worden opgevuld met x aantal uren AIV (x = tekort gedeeld door

¹¹⁷ Interview zorgkantoor.

¹¹⁸ Ons inziens wordt hier door de gesproken zorgkantoren terecht bij opgemerkt dat het wegwerken van wachtlijsten binnen redelijke budgettaire kaders een belangrijk politiek axioma is geweest.

tarief voor AIV). Het zorgkantoor komt de instelling hierin tegemoet door productieafspraken AIV te maken ten belope van het tekort. Andere voorbeelden zijn ons genoemd in twee expert meetings met accountants actief in de AWBZ en met CoZiek.

Het CTZ heeft in zijn rapport ‘Relatie zorgkantoor en thuiszorginstelling’¹¹⁹ hier eveneens onderzoek naar gedaan. Het concludeert onder andere dat zorgkantoren ervoor verantwoordelijk zijn om actiever het bedrijfsmatig functioneren van zorginstellingen te volgen. Het CTZ wil dat zorgkantoren binnen de mogelijkheden van hun contractuele relatie zo nodig actie ondernemen richting zorginstellingen. Het constateert dat zorgkantoren daar te weinig werk van maken. Opmerking verdient dat het beleid en de uitvoering van zorgkantoren sterk verschilt per zorgkantoor, in ieder geval per verzekeraar. Wij hebben dan ook voorstellen gehoord van zorgkantoren die een veel restrictiever beleid voeren dan andere. Wanneer zorginstellingen in financiële nood komen, zullen deze zorgkantoren eerder eisen stellen aan management of zelfs (dreigen met) ingrijpen bij het management.

3.3 De moeilijkheid om eventuele te ruime indicaties binnen het systeem te signaleren en te corrigeren, daar waar deze mogelijkheid bij te krappe indicaties wel aanwezig is

Een bron van ‘geautoriseerd oneigenlijk gebruik’¹²⁰ van AWBZ-middelen kan liggen in het verstrekken van te ruime indicaties. Probleem daarbij is dat er geen correctiemogelijkheden zijn zodra de indicatie is afgegeven: anders dan bij te ‘krappe’ indicaties, waarbij bezwaar en beroep mogelijk is, is er geen correctiemechanisme in het geval indicaties te ruim zouden zijn¹²¹.

Vooreerst een dogmatische opmerking: Strikt genomen is het niet mogelijk te spreken van ‘te ruime’ indicaties, nu er geen normatief kader bestaat. Niettemin is algemeen bekend dat er grote verschillen bestaan tussen RIO’s en bij RIO’s werkzame indicatie-adviseurs, niet alleen in snelheid en service gerichtheid, maar ook in de objectiviteit en kwaliteit van de ‘indicaties’. Zie in dit verband het ‘Eindrapport van de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit van 1998’¹²², waarin voorbeelden staan van aanzienlijke verschillen in beoordeling tussen indicatie-adviseurs.

¹¹⁹ CTZ, 19 juli 2002).

¹²⁰ Gebruik dat ‘gecorrigeerd’ wordt door een wettelijke basis (in casu een indicatie).

¹²¹ Theoretisch gezien kan bijvoorbeeld een zorgkantoor in beroep gaan tegen een indicatie; de zorgkantoren die wij hierover spraken hebben dit nog nooit gedaan en zien dit ook niet als hun verantwoordelijkheid, afgezien van de tijd die ermee gemoeid is.

¹²² Rapport Schrijvers, november 2001.

Bovenstaande in acht nemend, blijft de vraag óf RIO's 'te ruim' indiceren¹²³. In algemene zin kunnen wij hierover opmerken dat het evengoed mogelijk is dat RIO's 'te ruim' indiceren als dat zij te krap indiceren. Die laatste categorie leent zich evenwel voor bezwaar en beroep en de mogelijkheid een herindicatie aan te vragen, en kan om die reden dus gecorrigeerd worden. Volgens alle gesprekspartners worden de meeste onjuiste, want te 'krappe' indicaties, door dit systeem eruit gefilterd. *“Bij een indicatie die nadelig is voor de zorgvrager, gaan er altijd wel mensen piepen”*, zo stelde één gesprekspartner.

Dit ligt anders bij te ruime indicaties. Zodra eenmaal verstrekt, bestaan er immers weinig tot geen negatieve prikkels of mogelijkheden bij de andere partijen in de keten (zorgkantoor, zorgvrager, aanbieder) om de indicatie inhoudelijk te toetsen en zonodig terug te draaien. Wel zijn wij instellingen tegengekomen, die minder zorg leverden dan geïndiceerd, omdat ze meenden dat er te ruim was geïndiceerd. Zij stuitten evenwel op problemen met de cliënten of hun vertegenwoordigers. In één geval merkte een thuiszorginstelling zelf op: *“Op dit moment neemt het RIO de herindicatie waarbij vermindering van uren is aangegeven niet in behandeling. De oorzaak is de achterstand in de indicatiestelling bij het RIO. Het zorgkantoor is van mening dat dit op termijn wel moet gebeuren. Tot nader bericht geven wij de vermindering van uren niet door aan het RIO.”*¹²⁴

Anders dan bij te krappe indicaties (of het weigeren van een indicatie) is 'ruime' indicatiestelling' op geaggregeerd niveau onmogelijk vast te stellen, laat staan kwantitatief in kaart te brengen. Wel kunnen wij de volgende twee observaties maken.

1. LVIO, sommige zorgkantoren en enige instellingen signaleren dat RIO's soms te ruim indiceren

Twee van de vier (over dit onderwerp) gesproken zorgkantoren geven aan dat te ruime indicaties in hun regio (zeer) vaak voorkomen, al stellen zij dat het niet hun verantwoordelijkheid is hier iets aan te doen. Zij delen de mening van het LVIO dat RIO's met opzet royaal indiceren, *“zodat de klanten niets tekort komen.”*¹²⁵ Een derde zorgkantoor meldt ons dat dit op het moment wel aan het veranderen is, mede als gevolg van de werkdocumenten 'Gebruikelijke zorg' van de LVIO. De gesprekspartner bij het vierde zorgkantoor geeft aan dat in zijn regio er over het algemeen ruimer wordt geïndiceerd dan volgens het landelijk gemiddelde, maar dat dit nog niet betekent dat dit daarmee ook onjuiste indicaties zouden zijn.

¹²³ Wij realiseren ons hierbij terdege dat onder andere in de thuiszorg en V&V regelmatig wordt geklaagd over te krappe indicaties. Dit blijft buiten het kader van ons onderzoek.

¹²⁴ E-mail van thuiszorginstelling aan B&C van 29 juni 2004.

¹²⁵ Vergelijk in dit verband mevrouw De Witte, LVIO, in Zorgvisie Nieuwsbrief van 23 april 2004: "RIO's indiceren met opzet royaal, zodat klanten niets tekort komen." Woorden van dezelfde strekking zijn gebruikt in een gesprek dat wij voerden met het LVIO.

Bij thuiszorg en de verpleging en verzorging en hun landelijke verenigingen wordt juist geklaagd, dat de indicaties over het algemeen te krap zijn.

Opvallend genoeg is er ook een aantal instellingen¹²⁶ dat aangeeft dat indicaties soms te ruim zijn. Zij geven evenwel in meerderheid aan dat het niet hun verantwoordelijkheid is hier iets aan te doen¹²⁷.

Meer in het bijzonder zouden ‘te ruime’ indicaties voorkomen bij:

- De indicatiestelling voor de RIBW binnen de GGZ-sector. De twee gesproken instellingen geven aan dat dit vaak zelfs ruimer geschiedt dan wanneer instellingen dat zelf zouden doen of zoals ze vroeger zelf deden.
- In de gehandicaptensector is een vaker gehoord signaal dat de focus van het RIO uitgaat naar de eerste indicatiestelling; bij herindicaties zouden aanbieders “vrij spel” hebben¹²⁸. Ook is het mogelijk om via collectieve indicatiestelling (te) ruim te indiceren om zo in aanmerking te komen voor de SGLVG-toeslagen¹²⁹. Het zijn overigens de instellingen, die op ruime schaal SGLVG-toeslagen mochten declareren.

RIO’s herkennen weliswaar de geschetste problematiek¹³⁰, maar wijzen op verbeterde interne processen en de werkdocumenten ‘Gebruikelijke zorg’, als gevolg waarvan de situatie in het recente verleden stukken verbeterd is. Daarnaast stellen zij dat er bij een herindicatie een tweede toetsingsmoment komt.

Desgevraagd geven RIO’s verschillende redenen aan voor ‘te ruime’ indicaties:

- Zoals in elke organisatie werken bij RIO’s verschillende typen mensen. Treffend is de benaming van het ‘Zuster Teresa-type’, dat ruimhartiger zou indiceren dan het ‘Sociale Dienst-type’¹³¹. Eén van de RIO’s gaf hierbij aan dat veel indicatiestellers uit de zorg komen en “*hun verleden meenemen in de wijze van indiceren.*”
- Door de druk om wachtlijsten weg te werken kan de druk om kritisch te toetsen afnemen. Met andere woorden: “*sneller indiceren leidt tot ruimer indiceren*”. Deze ‘regel’ wordt door een aantal partijen in het

¹²⁶ Wij hebben drie instellingen gesproken die dit konden bevestigen. Eén uit de GGZ-sector, één uit de gehandicaptensector en één uit de thuiszorg. Over het algemeen zijn thuiszorg- en V&V-instellingen van mening dat er juist te krap wordt geïndiceerd. Vergelijk ook de uitingen van brancheverenigingen LVT en Arcares.

¹²⁷ Met uitzondering van één thuiszorginstelling en een GGZ-instelling, die aangeven in sommige gevallen met de cliënt te bespreken dat de te leveren zorg naar beneden wordt bijgesteld. Zie evenwel het citaat hierboven, waaruit blijkt dat RIO’s soms aanvragen tot een lagere indicatie niet in behandeling nemen.

¹²⁸ Interview met een RIO.

¹²⁹ SGLVG staat voor Sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten.

¹³⁰ Wij hebben met betrekking tot deze vraag met drie RIO’s gesproken.

¹³¹ Typering ontleend aan de directeur van één van de RIO’s die wij gesproken hebben.

indicatieproces¹³² herkend. In ieder geval wordt door alle partijen (inclusief de gesproken RIO's) de opvatting gedeeld dat controlemogelijkheden bij versnelde procedures minder worden¹³³.

- Door (te) kritisch te kijken worden bezwaar- en beroepschriften 'uitgelokt'. Niet alleen kost dit een RIO veel tijd (tijd die in de ogen van sommigen beter kan worden aangewend voor het wegwerken van achterstanden), ook wordt een bezwaar- of beroepschrift soms als een aanval op de professionaliteit gezien¹³⁴. Met andere woorden: "*Consciëntieus indiceren leidt tot veel gedoe*", zoals een gesprekspartner de onderzoekers vertelde.

2. Een aanzienlijk aantal RIO's legt geen bezwaarschriften voor advies voor aan het CVZ, hetgeen kan duiden op afwezigheid van negatieve beslissingen op bezwaarschriften

Artikel 58 lid 1 van de AWBZ bepaalt dat het RIO geen beslissing op een bezwaarschrift mag nemen, dan nadat daaromtrent door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) advies is uitgebracht. Lid 1 is niet van toepassing indien het bezwaar kennelijk niet-ontvankelijk is of aan het bezwaar volledig tegemoet wordt gekomen (door het RIO zelf).

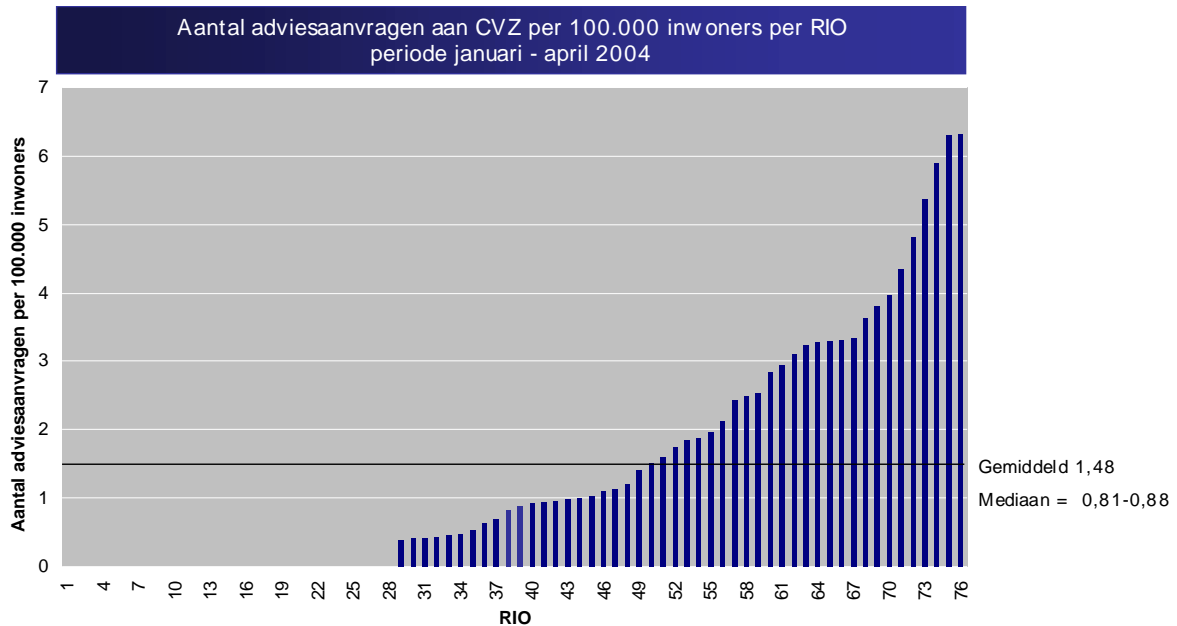
Dit houdt in dat RIO's alle beslissingen, waarin niet volledig aan het bezwaar wordt tegemoet gekomen, dienen voor te leggen aan het CVZ. In de eerste vier maanden van 2004 hebben evenwel 28 van de 76 RIO's geen advies op bezwaar voorgelegd aan het CVZ. Dit zou kunnen duiden op afwezigheid van bezwaarschriften, althans van bezwaarschriften waaraan niet volledig wordt tegemoet gekomen¹³⁵. Onderstaande grafiek geeft inzicht in de verschillen tussen RIO's bij adviesaanvragen die bij de CVZ binnenkomen.

¹³² CIZ, LVIO, één RIO.

¹³³ Overigens ook hier de vermelding dat indicaties altijd tijdelijk worden afgegeven en dat dus bij een herhaald verzoek/herindicatie de controle mogelijksterwijs wél afdoende wordt uitgevoerd.

¹³⁴ Interview met één van de RIO's.

¹³⁵ Het CVZ merkt hierover op dat deze cijfers niet per se betekenen dat er geen bezwaarschriften worden ingediend bij die RIO's. Het kan zo zijn dat sommige RIO's afwijkende interne procedures hebben, waarbij wordt voorbijgegaan aan het CVZ. Indien dit het geval is dan dienen wij te constateren dat artikel 58 lid 1 AWBZ niet door alle RIO's wordt nageleefd.



Figuur 13: Aantal adviesaanvragen per 100.000 inwoners per RIO waarvoor advies aan het CVZ is gevraagd, periode januari – april 2004

In 2003 zien wij een nog sterker beeld dan over de eerste vier maanden van 2004:

- Van de 76 RIO's hebben in geheel 2003 34 RIO's (45%) geen advies aan het CVZ gevraagd.
- Het aantal adviesaanvragen aan het CVZ inzake bezwaar op afgegeven indicaties lag in 2003 relatief lager dan over de eerste vier maanden van 2004.
- Het absolute aantal adviesaanvragen in 2003 (318) bedroeg slechts 30% meer dan over de eerste 4 maanden van 2004 (243).

Wij hebben een aselechte steekproef gehouden onder tien RIO's die noch in 2003 noch in de eerste maanden van 2004 advies bij het CVZ hebben aangevraagd naar de redenen hiervan. De belangrijkste reden hiervoor lijkt te liggen in het feit dat zij zelf naar eigen zeggen afdoende procedurele waarborgen hebben aangebracht voor afdoening van de bezwaarschriften. In een enkel geval kregen wij evenwel de indruk dat er (ook bij het volgen van de interne procedures) weinig tot geen afwijzende beslissingen werden gegeven. In het kader van ons onderzoek op hoofdlijnen hebben wij hiernaar geen aanvullend onderzoek gedaan. Wij adviseren om hiernaar aanvullend onderzoek te doen.

4 DE BALANS TUSSEN AWBZ-PARTIJEN

In hoofdstukken 2 en 3 hebben wij besproken dat de AWBZ kwetsbaar is voor druk vanuit andere, aanpalende regelgeving en dat zij enige kostenopdrijvende factoren kent die uit het systeem en de dynamiek binnen de AWBZ voortkomen.

In dit hoofdstuk bespreken wij vier factoren die de structurele inbedding van een balans zouden moeten waarborgen, met name waar het de balans tussen de inkoop van zorg en de zorgverleners betreft. Hierbij signaleren wij de volgende factoren:

- De verantwoordelijkheid voor het uitgavenvolume in de cliëntketen (4.1)
- Het toezicht op de financiële, doelmatige en rechtmatige kaders (4.2)
- De countervailing power van zorgkantoren ten opzichte van instellingen (4.3)
- Financiële transparantie bij instellingen (4.4)

Wij bespreken deze factoren deels aan de hand van de keten(s) van partijen en toezichthouders:

- De keten is enerzijds vanuit de patiënt te omschrijven (cliënt, RIO, zorgaanbieder, zorgkantoor), anderzijds vanuit de financieel-economische hoek (zorgaanbieders, zorgkantoren, CTG).
- Het toezicht op de zorg bestaat in inhoudelijke zin uit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die toezicht houdt op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Daarnaast houdt het CTZ toezicht op de rol en het functioneren van de zorgkantoren, is het CVZ beheerder van de Algemene Kas en is het via circulaire medevormgever van de uitvoering van de AWBZ. Zorgkantoren houden formeel en materieel toezicht op de instellingen en op budgethouders (PGB nieuwe stijl). Het CTG bewaakt het overall budget namens VWS en kan via de FIOD/ECD nader onderzoek doen verrichten. Accountants worden geacht via aanvullende verklaringen bij de productiegegevens een extra buffer te vormen in de toezichtketen.

In paragraaf 4.5 bespreken wij de rol van VWS.

4.1 De verantwoordelijkheid voor het uitgavenvolume in de cliëntketen ontbreekt goeddeels

Cliënten

Cliënten zijn niet verantwoordelijk voor de beheersing van het uitgavenvolume en voelen zich hier hoogstwaarschijnlijk evenmin verantwoordelijk voor. De cliënt/patiënt is immers vooral gericht op ondersteuning en op genezing en minder tot niet op beheersing van de kosten die daarmee gemoeid zijn. Wel zijn in het systeem van het PGB en door het heffen van een eigen bijdrage prikkels ingebouwd, die tot kostenbewustzijn zouden kunnen leiden. Voor zover dit de eigen bijdrage betreft geldt deze prikkel alleen voor zover de extra zorgvraag zich vertaalt in een hogere eigen bijdrage, met andere woorden: bij die cliënten die niet al aan hun maximum eigen bijdrage zitten.

RIO's

RIO's dragen uit de aard der zaak geen budgettaire verantwoordelijkheid. RIO's zijn verantwoordelijk voor een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling. In de huidige context lijkt daarbij nog sprake van een brede verscheidenheid aan invulling van deze taak, en zijn er signalen van soms 'ruime' en soms zeer 'krappe' indicering¹³⁶. Het per 1 januari 2005 operationele CIZ zal trachten deze taak in te vullen. Verwacht mag worden dat er mede onder druk van deze vorming van het CIZ meer uniformiteit en protocollering zal komen. RIO's geven aan behoefte te hebben aan meer uniforme protocollering. De RIO's die wij hebben gesproken geven over het algemeen aan blij te zijn met een impliciete aanscherping van de indicatienorm door de werkdocumenten 'Gebruikelijke zorg' van het LVIO, van waaruit een normerende werking zou uitgaan.

Zorgaanbieders

Zorgaanbieders zijn en voelen zich over het algemeen niet verantwoordelijk voor de beheersing van het totale uitgavenvolume van de AWBZ¹³⁷. Zij voelen zich verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg binnen hun eigen budgettaire kaders en voor het waar mogelijk wegwerken van onaanvaardbaar grote wachtlijsten.

In zekere zin is zelfs sprake van een negatieve prikkel tot uitgavenbeheersing, en wel in hun onderhandelingsrelatie met de zorgkantoren, zo blijkt uit gesprekken met aanbieders. Door angst voor verlaging van de tarieven in de toekomst, al dan niet door gewijzigd beleid, geven zij liefst zo min mogelijk informatie over de kostprijs van de zorg die zij leveren. "*Anders worden wij er volgend jaar mee om de oren geslagen*", zoals een aanbieder het ons vertelde. Met andere woorden: kostenreducties kunnen contraproductief werken, aangezien ze kunnen leiden tot lagere tariefafspraken. Zorgaanbieders gaan daarbij over het algemeen uit van de inrichting van hun huidige zorgstructuur en vertalen dat in budgettaire kaders en budgetvragen aan zorgkantoren.

Zorgaanbieders geven aan zeer beducht te zijn voor de veranderingen in politieke aansturing van de AWBZ. Perioden van forse injecties in zorgvernieuwing en wachtlijstbepalingen worden afgewisseld met bezuinigingen. Dit maakt zorgaanbieders voorzichtig in het delen van informatie met zorgkantoren en toezichthouders. Hun eigen continuïteit staat daarbij centraal.

¹³⁶ In paragraaf 3.3 hebben wij reeds besproken dat bij gebrek aan een normatief kader strikt genomen niet kan worden gesproken over 'ruime' of 'krappe' indicaties.

¹³⁷ Dit geldt overigens niet noodzakelijkerwijs voor alle instellingen. Zo hebben wij met één thuiszorginstelling gesproken, die uitdrukkelijk de maatschappelijke verantwoordelijkheid meeweegt in haar beleid. Op de vraag of dit ook zo blijft bij tegenvallende productie vertelde deze instelling ons dat die verantwoordelijkheid dan inderdaad onder druk kan komen te staan.

Zorgkantoren

Zorgkantoren vormen een bijzonder onderdeel van de keten. Zij staan politiek onder grote druk¹³⁸. VWS heeft aangegeven de positie van de zorgkantoren vooralsnog te handhaven, maar de onzekerheden zijn gebleven in de AWBZ-sector.

Zorgkantoren zijn soms onvoldoende gepositioneerd en ingericht om voldoende tegenwicht te kunnen bieden aan aanbieders. Dit komt deels door het feit dat zorgkantoren een zorgplicht hebben voor hun verzekerden, welke plicht naast de soms conflicterende plicht staat om doelmatig en rechtmatig zorg in te kopen.

In paragraaf 3.2 is reeds behandeld dat zorgkantoren in het verleden nogal eens gekozen hebben voor het primaat van de zorgplicht binnen aanvaardbare financiële kaders. Kostenbeheersing lijkt daarbij voor zorgkantoren (ook door de politieke en maatschappelijke nadruk op het wegwerken van wachtlijsten) soms op een tweede plaats te komen. Zorgkantoren zijn daarbij niet zelden pro-actief opgetreden in het steunen van de instellingen. Wij verwijzen in dit verband ook naar de CTZ-rapportages over de wijze waarop zorgkantoren hun zorginkoop vormgeven¹³⁹ en het rapport 'Relatie zorgkantoor en thuiszorginstelling.'¹⁴⁰

Hierbij dragen zorgkantoren zelf niet de verantwoordelijkheid voor het beheersen van een budgettair kader, zodat zij zich gelegitimeerd kunnen voelen om een voor zover mogelijk evenwichtig beleid na te streven tussen garantie op zorg en financieel beleid¹⁴¹.

4.2 Toezicht op de financiële, doelmatige en rechtmatige kaders is versnipperd

Het toezicht is verdeeld over meerdere, niet intrinsiek in samenhang opererende partijen.

CTZ

Het toezicht van CTZ is wettelijk alleen gericht op zorgkantoren en daarmee slechts indirect op instellingen. In formele zin voldoen vrijwel alle kantoren aan de te stellen eisen. Opmerkingen hierover in de CTZ-rapportages zijn over het algemeen positief. De materiële controle op de zorgkantoren (bijvoorbeeld of zij het maximale uit de onderhandelingen halen en afdoende toezicht houden op de instellingen, en het maximaliseren van de zorg voor het afgesproken budget bereiken), kan evenwel slechts het karakter van een meer globale toetsing hebben.

¹³⁸ Zie bijvoorbeeld de 'motie Vietsch'

¹³⁹ CTZ, Inkoopproces Thuiszorg, 2003

¹⁴⁰ CTZ, 2002

¹⁴¹ De budgettaire verantwoordelijkheid valt te onderscheiden van maatschappelijke verantwoordelijkheid; deze hebben wij wel degelijk bij een aantal zorgkantoren aangetroffen.

CVZ

Het CVZ beheert de AWBZ-kas, geeft circulaire uit ter regulering van de uitgaven, maar staat op afstand van het veld. Nieuwe toetreders zijn uit de aard der modernisering van de AWBZ gewenst en kunnen en zullen door het CVZ slechts marginaal worden geweerd¹⁴². Het CVZ is daarnaast kasverantwoordelijk, maar heeft geen operationele positie om de uitgaven te beheersen.

Zorgkantoren

Wij verwijzen naar paragrafen 4.1 en 4.3 en hetgeen hierover vermeld staat onder 'CTZ' in deze paragraaf.

CTG

Zorgkantoren en instellingen leggen het resultaat van hun jaarlijkse onderhandelingen voor aan het CTG. Dit College gaat op basis van de door haar opgestelde beleidsregels na of partijen zich hieraan hebben gehouden. Daarnaast bewaakt het CTG het macrokader van de uitgaven op verzoek van VWS, maar controleert niet de afspraken met instellingen op microniveau. CTG draagt geen budgetverantwoordelijkheid.

Toezicht komt in de praktijk neer op een formele toets en een inhoudelijke toetsing van de afspraken. Het CTG kan uit de aard der zaak de aangeleverde gegevens toetsen en regels opstellen, die een zorgvuldige gang van zaken waarborgen. De eerder genoemde afspraken tussen instellingen en zorgkantoren komen slechts af en toe pregnant over tafel bij het CTG. Meestal wordt het CTG als een lastige controleur van deze afspraken ervaren. Het CTG stelt hierop dat het zijn wettelijke taken uitvoert.

Accountants

Het CTG heeft een poging gedaan om een betere greep te krijgen op de output van de instellingen, door aanvullende vragenlijsten bij de nacalculatie en aanvullende verklaringen van accountants bij de opgegeven productiegegevens te vragen. Door de verschillende opzetten is het nog niet gelukt om deze verklaringen algemeen te krijgen¹⁴³. Accountants kunnen met hun aanvullende controles slechts aanvullende zekerheden geven.

¹⁴² Over de periode april 2003 – medio maart 2004 heeft het CVZ 83 aanvragen beoordeeld, waarvan het er 3 heeft afgewezen. Voor de goede orde: over die periode zijn meer aanvragen ingediend dan 83; zie hiervoor paragraaf 2.3.

¹⁴³ Interviews CoZiek en expertmeetings. CTG zegt hierover overigens dat de verklaringen wél worden verkregen.

Overigens signaleren wij hier aanzienlijke verschillen tussen extramurale en intramurale zorg. Bij extramurale productie zijn accountants over het algemeen beter in staat om goedkeurende verklaringen af te geven. Bij de GGZ resulteren de onderzoeken van de accountants in rapportages van bevindingen, in andere sectoren komen er in een relatief groot aantal gevallen geen goedkeurende verklaringen voor. De indruk bij accountants is wel dat hierin verbetering aan het komen is.

Accountants spelen (onder andere door de nog ingeslepen beoordelingssystematiek op de intramurale productie) nog slechts een voorzichtige rol bij het verbeteren van toezicht op de productie¹⁴⁴. De aandacht voor de feitelijke productie is daarbij overigens relatief nieuw. De meeste aandacht rond het toezicht ging voorheen uit naar het algemene budget, niet naar de resultaten.

Enige aspecten die wij daarnaast signaleren:

- Accountantsverklaringen bij productiegegevens van instellingen leiden vooralsnog niet algemeen tot goedkeurende verklaringen¹⁴⁵.
- De controles bij zorgvernieuwing zijn met name gericht op wat er feitelijk is besteed aan budget (en dit tot een grote mate van detail), en over het algemeen niet op wat het heeft opgeleverd aan resultaten.
- Er zijn geen specifieke accountantscontroles gevraagd en uitgevoerd over besteding van wachtlijstmiddelen¹⁴⁶.

4.3 Financiële transparantie is beperkt en vormt een toezichtbeperkende factor

In algemene zin vinden de meeste geïnterviewde partijen, waaronder accountants werkzaam in de AWBZ¹⁴⁷, de financiële transparantie van instellingen vaak onder de maat, hetgeen het toezicht beperkt.

Twee voorbeelden mogen dit verduidelijken.

¹⁴⁴ Stellingen gebaseerd op een interview met CoZiek en twee ‘expertmeetings’ met groepen accountants actief in de AWBZ (bij instellingen, Zorgkantoren en RIO’s). Het CTG onderschrijft deze lezing niet, stellende dat wel goedkeurende verklaringen worden ontvangen.

¹⁴⁵ Accountants melden dat zij door CTG voor een voldongen feit zijn geplaatst, en niet bij de opzet van de productieadministraties betrokken zijn geweest en daardoor geen goede opzet hebben kunnen realiseren. Het CTG zegt hierover: “overleg over de controle vindt periodiek plaats tussen CoZiek en CTG”. Brief CTG aan Boer & Croon, 30 juni 2004.

¹⁴⁶ Het CTG zegt hierover: “er kon geen specifieke accountantsverklaring worden gevraagd, gezien de aard van de aanvullende productie. Deze meerproductie viel niet te onderscheiden van de “reguliere” productie.” Brief CTG aan Boer & Croon, 30 juni 2004.

¹⁴⁷ Interview CoZiek en twee expertmeetings.

- Volgens onderzoeksbureau Prismant, dat in opdracht van VWS de jaarverslagen publiceert, heeft ruim 60 procent van de 2500 zorginstellingen het jaarverslag over 2003 nog niet gepubliceerd. Volgens de Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen moeten ze vóór 1 juni na afloop van het boekjaar een gedrukte en digitale versie indienen. Volgens Prismant zijn het vooral kleine instellingen die te laat zijn met publicatie. Ruim 160 instellingen zouden het verslag over 2002 nog niet hebben ingediend¹⁴⁸.
- De FIOD-ECD heeft onderzoek gedaan naar ‘contacttijden’ in de thuiszorg en geconcludeerd dat bij 14 van de 18 onderzochte instellingen de registratie van contacttijden te wensen overlaat. Volgens de FIOD-ECD is er geen of beperkt toezicht op de registratie, administratie en declaratie van contacttijden, terwijl het budget van de thuiszorginstellingen hoofdzakelijk wordt bekostigd op basis van deze geregistreerde uren¹⁴⁹.

4.4 De countervailing power binnen de keten is onvoldoende gewaarborgd

Naast de in paragrafen 3.2 en 4.1 beschreven ‘spagaat’ van zorgkantoren bij de keuze tussen vervulling van de zorgplicht en de doelmatigheidsplicht, soms resulterend in een duidelijke (beleids)keuze voor de zorgplicht, wordt ook (het afwezig zijn van voldoende) countervailing power van zorgkantoren ten opzichte van instellingen vaak genoemd als imperfectie in het systeem. Reeds bij de nogal kritische uitvoeringstoets op de modernisering van de AWBZ heeft het CTG gewezen op het ontbreken van countervailing power bij de zorgkantoren in de keten¹⁵⁰.

Enige door geïnterviewden genoemde oorzaken zijn:

- In de eerste plaats moeten zorgkantoren onderhandelen en contracteren met een veelheid aan instellingen, daar waar voor aanbieders geldt dat zij slechts met één partij praten. Voorbereidingstijd, kennis van de instelling over de details en de financiële stromen zijn daarbij in het voordeel van de instellingen¹⁵¹.
- In de tweede plaats is in veel sectoren (nog) sprake van onderaanbod, hetgeen contractering met alle bestaande aanbieders onontkoombaar maakt en de onderhandelingspositie van het zorgkantoor ondermijnt.

¹⁴⁸ Zorgvisie 18 juni 2004.

¹⁴⁹ Project Thuiszorg, FIOD-ECD, november 2003.

¹⁵⁰ Uitvoeringstoets Modernisering AWBZ, CTG, 17 juni 2002.

¹⁵¹ Anderszins zijn instellingen ook veroordeeld tot onderhandeling met een zorgkantoor, hetgeen deze laatste een duidelijke machtsfactor geeft. Soms kan dit leiden tot voor instellingen zeer problematische situaties. Een voorbeeld is dat van een landelijk opererende instelling, waarbij het zorgkantoor alvorens productieafspraken te maken alle collega-zorgkantoren in de regio's waar de instelling actief is wil raadplegen. Als gevolg hiervan verstrijkt de nodige tijd, die in het nadeel van de instelling dreigt uit te vallen nu de Staatssecretaris een ‘productiestop’ heeft afgekondigd.

- In de derde plaats is er de contracteerplicht, die (althans intramuraal) voorlopig blijft gehandhaafd, hetgeen de ‘walk away’-optie in het onderhandelingsproces ondergraaft.
- In de vierde plaats is in veel regio’s en in veel sectoren sprake van zeer dominante spelers, waar zorgkantoren niet onderuit kunnen. Dit ondermijnt evenzeer de onderhandelingspositie van het zorgkantoor. Deze concentratiebeweging zet zich nog steeds voort.
- Een laatste factor, die wij uit de aard der zaak niet hebben kunnen verifiëren, zou volgens sommige gesprekspartners¹⁵² liggen in de lage positie die zorgkantoren binnen de informele ‘rangorde’ van verzekeraars zouden innemen. Dit zou resulteren in een ‘vergaarbak’ van minder gekwalificeerde werknemers. Wij kunnen dit beeld niet bevestigen; wij hebben over het algemeen met uiterst capabele managers en uitvoerenden gesproken. Wel signaleren wij grote verschillen tussen zorgkantoren, zowel op beleids- als op operationeel niveau. Opvallende verschillen hebben wij ook gesignaleerd in de aandacht die het zorgkantoor heeft bij de verschillende raden van bestuur van de betrokken verzekeraars.

4.5 De rol van VWS wordt als onberekenbaar bestempeld

De geïdentificeerde imperfecties worden over het algemeen (details daargelaten) herkend door de AWBZ-partijen¹⁵³. Veel vingers wijzen daarbij naar VWS. De details van de sectoren overstijgend en in algemene zin zijn over de rol van VWS de volgende opmerkingen gemaakt¹⁵⁴.

Het beleid van VWS wordt als “*zeer onstuimig*”, “*onberekenbaar*” en zelfs “*inadequaat*” bestempeld. Enerzijds was er in de afgelopen jaren grote flexibiliteit, met name waar het de verwezenlijking van eerder in dit rapport beschreven doelstellingen betrof. Hier staan tegenover de ingrepen, en met name de beweerdelijk late tijdstippen van communiceren ervan, zoals de beëindiging van financiering van zorgvernieuwingsprojecten en bestedingsmiddelen en de aanwijzing ex WTG (de afkondiging van de zogenaamde ‘productiestop’). Veel partijen in de AWBZ wijzen dus met de vinger naar VWS en menen dat duidelijke, consistente sturing ontbreekt en dat dit telkens verandert afhankelijk van de financiële ruimte en politieke prioriteiten¹⁵⁵.

¹⁵² Eén particuliere zorgverzekeraar, twee RIO’s.

¹⁵³ Over de oplossingen lopen de meningen wél uiteen, onder meer afhankelijk welke rol men in de keten inneemt.

¹⁵⁴ In circa 70 interviews met AWBZ-partijen.

¹⁵⁵ Een voorbeeld van de manier waarop partijen met elkaar omgaan is de mening in het veld dat VWS reeds lang op de hoogte was van de omvangrijke mate van non-indicaties in onder andere de thuiszorg. Volgens deze partijen besluit VWS op basis van de rapportage van de Taskforce RIO tot een scherpe publieke reactie inclusief onderzoek, terwijl het fenomeen van non-indicaties VWS al in een veel eerder stadium was gemeld. Voor het veld kwam deze

VWS is de enige partij die in het systeem en de toezichtstructuur verandering kan brengen. Onze indruk is dat ook hier de wijzende vinger naar VWS gaat, hoewel dit minder expliciet gebeurt dan bij de maatregelen die leiden tot kostenbeheersing. VWS heeft dit toezicht nu evenwel juist 'uitbesteed' aan de verschillende in deze paragraaf bedoelde partijen. Wij constateerden eerder in dit hoofdstuk dat dit toezicht versnipperd is en beperkingen kent.

Geen der ketenpartijen draagt verantwoordelijkheid voor de beheersing van de uitgaven. Er is anders dan VWS geen partij aan te wijzen die bij uitsluiting de consequenties voelt van stijging van de uitgaven in de AWBZ. VWS is de enige partij die het uitgavenvolume kan sturen. Zij doet dit dan ook door op macroniveau budgetbeperkende maatregelen te treffen. Hiermee is tevens aangegeven dat feitelijk ingrijpen in de uitgavenstructuur steeds en uitsluitend bij VWS vandaan kan en zal komen. Daarmee is vervolgens weer de logica achter de beduchtheid van instellingen en zorgkantoren voor beleid vanuit VWS aangetoond.

reactie als onaangenaam en onverwacht. Voor VWS was de omvang dermate groot dat zij op haar beurt onaangenaam verrast was.