

BIJLAGEN

OVERZICHT VAN DE BIJLAGEN

Bijlage 1: Samenstelling van de Begeleidingscommissie vanuit VWS, CTZ en CVZ	1
Bijlage 2: Onderzoeksaanpak	2
Bijlage 3: Overzicht van aangehaalde en geraadpleegde bronnen	11
Bijlage 4: Korte beschrijving van toelatingscriteria AWBZ-instellingen	14
Bijlage 5: Brief van 14 oktober 2003 van de LVT aan haar leden (Bijlage getiteld ‘Tips en trucs’)	15
Bijlage 6: Brief van 23 december 2003 van Arcares aan haar leden (getiteld ‘Tips en trucs met betrekking tot beleidsregels V&V 2004’)	17
Bijlage 7: Overzicht van figuren in het rapport	20
Bijlage 8: Lijst met afkortingen en namen van instanties gebruikt in het rapport	21

BIJLAGE 1: SAMENSTELLING VAN DE BEGELEIDINGSKOMMISSIE VANUIT VWS, CTZ EN CVZ

Begeleidingskommissie Onderzoek gebruik AWBZ-middelen

Naam	Functie	Afdeling
VWS		
De heer drs. P.J. van de Kastele ¹	Plaatsvervangend directeur	Directie VVO
Mevrouw ir. M. Hof	Senior Beleidsmedewerker	Directie VVO
De heer J.Th. Sluiter	Senior Beleidsmedewerker	Directie Gehandicaptenbeleid
De heer drs. E.M.P. Holman ²	Plaatsvervangend projectdirecteur Modernisering AWBZ	
De heer drs. W.P.H. Brunenberg ²	Senior Beleidsmedewerker	Directie GV en MO
De heer mr. J.M.J. Palmen ²	Hoofd afdeling Verzekeringsaanpakken en Uitvoeringsorganisatie	Directie Zorgverzekeringen
CTZ		
De heer drs. E. Boersma	Senior onderzoeker	
De heer J.G.P. Boelema	Senior beleidsmedewerker strategische beleidsontwikkeling	
CVZ		
Mevrouw drs. P.I. Polman MPH	Sectormanager AWBZ	Sector AWBZ
De heer drs. A.M. Hopman	Senior beleidsmedewerker AWBZ/projectleider modernisering AWBZ	Sector AWBZ
¹ Voorzitter		
² Agendalid		

BIJLAGE 2: ONDERZOEKSAANPAK

Hieronder beschrijven wij eerst de onderzoeks aanpak van het onderzoek naar oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen en de rol van ketenpartijen, uitgevoerd door Boer & Croon (A). Daarna volgt een beschrijving van de aanpak van Deloitte naar de non-indicaties in de thuiszorg (B).

A. Onderzoek Boer & Croon naar oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen en de rol van ketenpartijen

Dit deel van het onderzoek wil antwoord geven op de volgende twee vragen:

1. Komt oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen binnen of over de randen van de AWBZ op grote schaal voor?
2. Wat is de rol van de ketenpartijen, inclusief VWS, CVZ en CTZ?

Voor een beschrijving van de aanleiding van het onderzoek verwijzen wij naar de Inleiding van het rapport.

Reikwijdte van het onderzoek

Kwalitatief onderzoek

Dit deel van het onderzoek is kwalitatief van aard. Het rapport is daarmee grotendeels beschrijvend, op basis van gesprekken met partijen actief in de AWBZ-sector. Slechts voor zover mogelijk (gelet op het feit dat dit een onderzoek op hoofdlijnen betreft) trachten wij (indicatieve) schattingen te geven van omvang.

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.'*

Definitie 'bevoegde instanties'

Logischerwijs is het CTG een bevoegde instantie om grenzen aan AWBZ gebruik te stellen. 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. Tenslotte de zorgkantoren. Strikt genomen zijn zorgkantoren geen instanties die de grenzen van het gebruik van AWBZ-middelen kunnen vaststellen¹. 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 hebben door afspraken met de zorgkantoren een afgeleide begrenzing van de wettelijke regels: zodra een zorgkantoor een bepaalde gedraging van een instelling

¹ Afgezien dat zorgkantoren slechts afgeleide organen zijn van concessiehouders en dus geen op zichzelf staande entiteiten zijn.

goedkeurt, dan valt die gedraging binnen de wettelijke grenzen, tenzij op het niveau 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 koepelorganisaties² en bij wet ingestelde colleges³ zijn in dit rapport met name genoemd. Wij realiseren ons dat de herleidbaarheid van uitspraken soms niet eenvoudig maakt. Wij hebben uitspraken en meningen altijd geverifieerd, en wij maken hiervan slechts melding als zij tenminste twee keer door ons zijn geconstateerd. Wij trachten zoveel mogelijk aan te geven in hoeverre meningen AWBZ-breed / algemeen, door vele partijen of door enkele (geanonimiseerde) partijen worden gedeeld⁴

Sectoren en onderzoeksterreinen

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

- Thuiszorg
- Verpleging en Verzorging
- Geestelijke gezondheidszorg
- Gehandicaptenzorg

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 zien⁵.

² LVT, Arcares, GGZ Nederland, Gehandicaptenzorg Nederland, BTN, Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland.

³ CVZ, CTZ, CTG.

⁴ Hoe onbevredigend dergelijke niet goed herleidbare termen ook mogen klinken.

⁵ In het onderzoek zijn de categorieën Gezondheidsbevordering, Curatieve somatische zorg, Beheer Zorgverzekeringen en Overige lasten van de AWBZ niet betrokken.

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

Onderzoeksaanpak

Fase I: Overzichtsonderzoek naar oneigenlijk gebruik

Wij hebben een model gehanteerd waarbij wij eerst AWBZ-breed in kaart hebben gebracht welke voorbeelden van mogelijk oneigenlijk gebruik van AWBZ middelen er zijn. Dit is gebeurd op basis van interviews met de volgende instanties.

Naam instantie	Gesproken met
Arcares	Mevrouw drs. M.E. Rompa
CAK-BZ	Mevrouw M. Bouwhuis-van Goudzwaard en J. van den Burg
CIZ / LCIG	De heer G.F. van Pijkeren
CTG - Kamer II	De heren drs. H. Lagerwaard en D.J. Evelein
CTG - Kamer III	De heren P.H. Tijsterman en drs. G.J. Verschoor
CTZ	De heren drs. E. Boersma en J.G.P. Boelema
CVZ	De heer drs. A.M. Hopman
GGZ Nederland	De heer mr. drs. G.V.M. van Gemert
LVIO	Mevrouw drs. J. Ph.H.M. van Ogtrop
LVT	De heren drs. B.E. van den Dungen en G.A.P. Rutten
NIZW	De heer drs. H.J. Simons en mevrouw drs. A.M. Schippers
NVZ	Mevrouw drs. J.G.M. Schulten en drs. W.T.P.F. van der Werf-Day
Per Saldo	Mevrouw mr A.W.D. Saers
SVB	De heren H.E. van het Ende RA, drs. René G.E. Drost en ing. E.A.J. Dekkers AC
Taskforce RIO's (HHM)	De heren ir. C.F. Homans en drs. H. Doornink
VGN	Mevrouw drs. J.E.A.M. Nooren
VWS	De heer drs. P.J. van de Kastele en mevrouw ir. M. Hof
ZN	De heren dr. J. Coolen en E.J. Koekoek

Daarnaast is door een onderzoeksteam deskresearch verricht, waarbij literatuur en eerder verschenen onderzoeksrapporten zijn bestudeerd. In het eveneens in deze Bijlage opgenomen overzicht van geraadpleegde literatuur staan deze bronnen vermeld.

Tenslotte hebben wij een aantal ‘expert meetings’ georganiseerd met terzake kundige vertegenwoordigers van de volgende instanties en bedrijven:

Expertmeetings
Deloitte 1
Deloitte 2
VWS
CVZ
CTZ

Daarmee is een breed en voor zover mogelijk uitputtend beeld boven tafel gekomen van verschillende vormen van mogelijk oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen.

Fase 2: detailonderzoek naar specifieke onderwerpen

Wij hebben deze verschillende vormen van substitutie, ‘randen’ en mogelijk oneigenlijkheden besproken met de Begeleidingscommissie, waarna we de volgende onderwerpen nader hebben onderzocht.

- Mogelijkheden van substitutie vanuit het 2^e compartiment
- Mogelijkheden van substitutie vanuit de welzijnssector
- Het Persoonsgebonden budget (PGB)
- 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

Deze onderwerpen hebben wij onderzocht aan de hand van een nieuwe ronde van gesprekken en een aanvullende expertmeeting, alsmede met aanvullend literatuuronderzoek.

Wij hebben in fase 2 met de volgende (goeddeels geanonimiseerde) partijen gesproken.

Overzicht gesprekspartners fase 2	
Naam instantie	Gesproken met
1 BTN	Mevrouw drs. B.P.E. Langerak en de heer A. Treffers
2 CoZiek	de heer drs. W. Oostrom
3 CVZ	De heer J. Knollema
4 LVT	De heer H. Rozendal (in hoedanigheid van voormalig onderzoeker UU)
5 SVB	Mevrouw mr. D.D.H. Fransen en de heren drs. René G.E. Drost, mr. M. Mulder en drs. R. Mout
6 LHV	De heer dr. P. van den Hombergh, arts

Onderstaande gesprekken zijn op basis van anonimiteit gevoerd			
	Indicatieorganen	Zorgkantoren	Instellingen
7	RIO 1	19 Zorgkantoor 1	29 Thuiszorginstelling 1
8	RIO 2	20 Zorgkantoor 2	30 Thuiszorginstelling 2
9	RIO 3	21 Zorgkantoor 3	31 V&V instelling 1
10	RIO 4	22 Zorgkantoor 4	32 V&V instelling 2
11	RIO 5	23 Zorgkantoor 5	33 GGZ instelling 1
12	RIO 6	24 Zorgkantoor 6	34 GGZ instelling 2
13	RIO 7	Zorgverzekeraars	35 Gehandicapteninstelling 1
14	RIO 8	25 Zorgverzekeraar 1	36 Opvang / welzijnsinstelling 1
15	RIO 9	26 Zorgverzekeraar 2	37 Opvang / welzijnsinstelling 2
16	RIO 10	Huisartsen	38 Ziekenhuis 1
17	RIO 11	27 Distr. Huisartsenvereniging 1	39 Ziekenhuis 2
18	RIO 12	28 Huisarts 1	40 Ziekenhuis 3

Fase 3: Bespreking van het conceptrapport met veldpartijen

Aan het eind van fase 2 hebben wij een conceptrapport opgesteld, dat wij hebben besproken met en getoetst bij de Begeleidingscommissie, alsmede met de volgende partijen.

Overzicht gesprekspartners fase 3		
	Naam instantie	Gesproken met
1	Arcares	Mevrouw drs. M.E. Rompa
2	CIZ	De heer G.F. van Pijkeren
3	CTG	De heren drs. H. Lagerwaard en D.J. Evelein
4	CTZ	De heer drs. E. Boersma
5	CVZ	De heren drs. A.M. Hofman en J. Knollema
6	GGZ Nederland	De heer mr. drs. G.V.M. van Gemert
7	LVT	De heren drs. B.E. van den Dungen en G.A.P. Rutten
8	SVB	De heer drs. René G.E. Drost
9	Taskforce RIO's (HHM)	De heren ir. C.F. Homans en drs. H. Doornink
10	VGN	Mevrouw drs. J.E.A.M. Nooren
11	VWS	De heer drs. P.J. van de Kastele en mevrouw ir. M. Hof
12	ZN	De heer E.J. Koekoek

Separaat aan het onderzoek naar oneigenlijk gebruik is er een werkstroom, die de rol van de ketenpartijen in het totale krachtenveld heeft geanalyseerd. Daarbij hebben wij onder meer gekeken naar het vaststellen of en in hoeverre ketenpartijen hebben bijgedragen aan de in de vorige onderzoeksdelen beschreven situaties, alsmede naar de dynamiek en verhoudingen tussen de ketenpartijen. Het onderzoek naar ketenpartners is verweven geweest in de drie fases van het onderzoek naar oneigenlijk gebruik.

B. Onderzoek Deloitte naar non-indicaties in de thuiszorg

Aanleiding

Aanleiding voor dit onderzoek is geweest dat een eerder onderzoek door de Taskforce RIO's in maart 2004 uitwees dat circa 150.000 cliënten thuiszorg ontvingen, zonder dat daaraan een geldig indicatiebesluit ten grondslag lag. Deze constatering werd gedaan op basis van een inventarisatie die onder de verantwoordelijkheid van de

Taskforce RIO's, uitgevoerd door adviesbureau Hoeksma Homans en Menting (HHM), heeft plaatsgevonden, waarbij alle thuiszorginstellingen zijn aangeschreven. Diverse partijen hebben twijfel geuit over de juistheid van dit relatief hoge aantal; zij hebben aangegeven meer inzicht te willen hebben in de oorzaken en achtergronden bij dit aantal niet-geïndiceerden.

Doelstellingen onderzoek

In de adviesaanvraag van het Ministerie van VWS is geformuleerd dat het ministerie meer inzicht wenst te hebben in de oorzaken van het niet-aanwezig zijn van geldige indicatiebesluiten. Dit inzicht dient te worden gegeven door rekening te houden met de verschillende systemen van indicatiestelling in de thuiszorg die de laatste jaren hebben gegolden. De perioden zijn als volgt door het ministerie omschreven:

- vóór 1997, omdat vanaf 1997 indicatiebesluiten verplicht zijn gesteld;
- 1 januari 1997 tot 1 april 2003 (datum invoering functiegerichte zorgtoewijzing);
- 1 april 2003 tot 31 december 2003 (peildatum onderzoek Taskforce RIO's).

Het onderzoek dient inzicht te geven in de volgende belangrijkste vragen:

1. Welk aantal cliënten ontvangt een vorm van thuiszorg (BIO-productcode) zonder geldig indicatiebesluit, ingedeeld naar de drie tijdsperioden?
2. Wat zijn de belangrijkste oorzaken van het niet-aanwezig zijn van geldige indicatiebesluiten, zoveel mogelijk gekwantificeerd?
3. Wat zijn de belangrijkste vormen van zorg die aan thuiszorgcliënten zonder geldig indicatiebesluit worden geleverd en wat is hiervan het financiële belang?

Het onderzoek heeft zich niet uitgestrekt tot de beoordeling van het systeem van indicatiestelling door de jaren heen. Het onderzoek naar de oorzaken van het niet-aanwezig zijn van indicatiebesluiten is bedoeld om het ministerie van VWS en andere betrokken partijen meer inzicht te geven in de oorzaken hiervan.

Qua indeling in tijdsperioden zijn wij in ons onderzoek uitgegaan van de datum van 1 januari 1998, zijnde de datum waarop het Zorgindicatiebesluit is ingegaan. Dit om meer inzicht te kunnen geven in het aantal cliënten dat thuiszorg ontvangt zonder een geldig RIO-indicatiebesluit.

Opzet onderzoek en afbakening

Het onderzoek is gericht op de thuiszorginstellingen die cliënten zonder een geldig indicatiebesluit aan de Taskforce RIO's hebben gemeld. De Taskforce is er van uitgegaan (en heeft dit uitgangspunt ook als zodanig in haar brief aan de instellingen gecommuniceerd), dat het aanmelden van cliënten zonder geldig indicatiebesluit geen consequenties zou hebben voor de rechtmatigheid van de zorgverlening ("schoon schip actie"). Daarnaast gold als extra argument voor thuiszorginstellingen om hun medewerking aan het onderzoek te verlenen dat zij, bij de vaststelling van een niet geldig indicatiebesluit, niet het risico van BTW-belaste dienstverlening zouden lopen. Beide argumenten heeft de Taskforce als voldoende aanmoediging beschouwd voor de thuiszorgsector om ruimhartig de gegevens van niet-geïndiceerde cliënten aan te melden.

In het onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens, zoals deze in het onderzoek van de Taskforce RIO's, naar voren zijn gekomen. Deze gegevens betreffen voornamelijk:

- De namen van de instellingen die gereageerd hebben op de brief van de Taskforce om de gegevens van cliënten waarvan geen geldig indicatiebesluit aanwezig was aan te leveren (112 instellingen). Overigens is het van belang hierbij aan te tekenen dat 41 thuiszorginstellingen de Taskforce hebben aangegeven geen thuiszorg zonder een geldig indicatiebesluit te leveren.
- Per instelling de namen van de niet-geïndiceerde cliënten, alsmede NAW, identificatiecode en de soort en het (gemiddeld) aantal uren thuiszorg dat aan de cliënt in december 2003 is geleverd (gemiddelde over 4 weken).

De Taskforce RIO's heeft in haar inventarisatie van de niet-geïndiceerde thuiszorgcliënten de volgende meest belangrijke criteria opgenomen:

- De cliënt moet per peildatum 31 december 2003, reeds één maand een vorm van thuiszorg ontvangen hebben (rapport HHM, p. 20 "Cliënten die in december 2003 in zorg genomen zijn, worden opgevat als nieuwe cliënten die via de reguliere weg een indicatiebesluit bij het RIO moeten aanvragen.").
- Er moeten alleen cliënten worden opgenomen die ten laste van de AWBZ de zorg ontvangen en daarvoor dus een eigen bijdrage betalen. Cliënten die hun geleverde zorg uit een PGB betalen behoeven niet te worden aangemeld en blijven daarmee buiten dit onderzoek.
- Van de cliënt is per 31 december 2003 geen geldig RIO-indicatiebesluit beschikbaar voor de zorg die ontvangen is.

Uit de onderzoeksgegevens van de Taskforce blijkt dat 41 thuiszorginstellingen, die wel door de Taskforce zijn aangeschreven, aangeven geen thuiszorg te leveren zonder een geldig indicatiebesluit. De (mogelijke) oorzaken hiervan zijn geen object van onderzoek geweest door de Taskforce. Om meer inzicht te krijgen in de soort thuiszorginstellingen die geen gegevens hebben doorgegeven aan de Taskforce en in de achtergronden hiervan is in het kader van dit onderzoek bij een aantal instellingen navraag gedaan. De beknopte uitkomsten hiervan zijn weergegeven in paragraaf 2.7.

Voor dit onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van de gegevens die de Taskforce verzameld heeft. Wij hebben geen onderzoek gedaan naar de volledigheid van de door de thuiszorginstellingen aangeleverde gegevens. Ondanks het belang dat thuiszorginstellingen hadden, zoals hiervoor aangegeven, om hun opgave zo juist en volledig mogelijk te doen, kan niet worden uitgesloten dat de instellingen niet alle gegevens hebben aangeleverd, bij voorbeeld omdat instellingen ervan uit zijn gegaan dat de zorgverlening aan cliënten binnen een afgesproken bandbreedte niet gemeld hoefde te worden. Door bovenstaande twee onzekerheden kunnen wij geen uitspraak doen over de volledigheid van het aantal cliënten in de thuiszorg dat (deels) zorg ontvangt zonder een (volledig) geldig indicatiebesluit.

In de brief van de Taskforce RIO's aan de thuiszorginstellingen is een categorie-indeling weergegeven ten aanzien van cliënten waarvan geen geldig indicatiebesluit aanwezig is:

- A. cliënten die in zorg zijn, waarvan in het geheel geen indicatiebesluiten zijn afgegeven;
- B. cliënten bij wie de geldigheidsduur van het besluit is verstreken;
- C. cliënten met een indicatiebesluit, waarbij de zorgvraag is toegenomen en feitelijk ook meer zorg is ingezet zonder dat het indicatiebesluit hierop is aangepast. Het gaat daarbij om het gemiddelde aantal uren geleverde zorg per week, berekend over een periode van 4 weken (december 2003).

De uitkomsten naar deze categorie-indeling, onderverdeeld naar de drie tijdsperioden verband houdende met de wijzigingen in het systeem van indicatiestelling, zijn opgenomen in paragraaf 2.3.

Vervolgens zijn de antwoorden van de thuiszorginstellingen “vertaald” naar een viertal veel voorkomende oorzaken van het niet-aanwezig zijn van een indicatiebesluit. De uitkomsten daarvan zijn weergegeven in paragrafen 2.4 en 2.5.

Normatief kader

Anno 2003/2004 ontvangen ruim 400.000 mensen per zorgperiode van 4 weken een vorm van thuiszorg. De procedure van indiceren, volgens het Zorgindicatiebesluit is ingegaan per 1 januari 1998, wordt uitgevoerd door ruim 70 Regionale Indicatieorganen. In het Zorgindicatiebesluit is aangegeven aan welke voorwaarden een indicatiebesluit dient te voldoen:

- het besluit dient binnen < 6 weken na de aanvraag te zijn afgegeven;
- het besluit dient duidelijk aan te geven voor welke soort zorg de aanvrager is geïndiceerd;
- het besluit dient duidelijk te omschrijven wat de omvang van de geïndiceerde zorg is;
- het besluit dient aan te geven voor welke periode de indicatie is afgegeven (de geldigheidsduur).

Vanaf 1 april 2003 worden de indicatiebesluiten niet langer afgegeven in de vorm van een zgn. BIO-productcode en het aantal uren, maar in de vorm van een functie en een klasse (betreft de omvang van de geïndiceerde zorg per functie in aantal uren per week).

Voor dit onderzoek is het van belang vast te stellen wanneer sprake is van een (rechts)geldig indicatiebesluit. De criteria die hiervoor gelden, zijn af te leiden uit het Zorgindicatiebesluit, te weten:

- het indicatiebesluit is genomen door een RIO, welk besluit op peildatum 31 december 2003 nog niet is verlopen;
- de 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.

Uitvoering onderzoek

Het onderzoek is gestart met het overzicht van 150.000 niet geïndiceerde thuiszorgcliënten. Om een verantwoord kwantitatief beeld van de problematiek te schetsen over het totaal opgegeven cliënten en tegelijkertijd een kwalitatief inzicht te ontwikkelen in de praktijksituatie binnen de thuiszorginstellingen is gekozen voor een stapsgewijze selectie van cliënten.

1. Van de 112 thuiszorginstellingen zijn er 10 benaderd voor deelname aan het onderzoek. Deze selectie is gewogen uitgevoerd, zodat instellingen met een groter aantal cliënten ook een grotere kans van deelname hebben.
2. Uit een lijst van cliënten van deze 10 thuiszorginstellingen zijn vervolgens 400 cliënten geselecteerd voor gedetailleerde analyse. Om per instelling ook een betrouwbaar beeld te kunnen krijgen, is ervoor gekozen het minimale aantal

cliënten per instelling te stellen op 30 (wat in 2 gevallen een aselechte uitbreiding betekende).

De 10 instellingen representeren op basis van het aantal cliënten dat zij aan de Taskforce hebben gemeld, circa 40 % van het aantal gemelde cliënten. De verzorgingsgebieden van deze thuiszorginstellingen, bestrijken nagenoeg geheel Nederland; alleen de provincie Limburg blijkt op grond van de selectie ondervertegenwoordigd te zijn. Wij hebben echter geen redenen aan te nemen dat de achterliggende oorzaken in Limburg significant zouden afwijken van het beeld in de rest van Nederland.

Om op een zo efficiënt mogelijke wijze de vragen die centraal staan in dit onderzoek in beeld te krijgen, is een brief met vragenlijst verstuurd aan de 10 geselecteerde thuiszorginstellingen. De instellingen werd verzocht om een in tabel op cliëntniveau de indicatie-informatie in te vullen

Met elk van deze instellingen heeft, na ontvangst van de gevraagde informatie, een gesprek plaatsgevonden om de toereikendheid van de gegeven antwoorden te beoordelen. De gesprekken zijn gevoerd met de controller en/of Hoofd/Directeur cliëntenservice dan wel zorgmanager Verpleging en Verzorging. De antwoorden zijn door ons beoordeeld op basis van mogelijk beschikbare indicatiebesluiten dan wel regelingen die met RIO('s) of zorgkantoor waren getroffen. Aanvullend hebben wij nog een aantal RIO's en zorgkantoren benaderd om het beeld, zoals dat door de thuiszorginstellingen was geschetst, nader af te stemmen.

In de gesprekken met de contactpersonen van de thuiszorginstellingen is doorgevraagd of aan het ontbreken van geldige indicatiebesluiten (mondelijke dan wel schriftelijke) afspraken met het RIO of zorgkantoor ten grondslag hebben gelegen. Voor zover deze afspraken schriftelijk waren vastgelegd, hebben alle instellingen ons desgevraagd inzage gegeven in betreffende afspraken en regelingen. Daarnaast is ons inzage verstrekt in besprekingsverslagen met RIO en/of zorgkantoor, waarin de problematiek rondom de niet-geldige indicatiebesluiten aan de orde is gesteld.

Er heeft echter geen accountantscontrole op de ingevulde vragenlijsten plaatsgevonden. Dit impliceert dat wij niet in alle gevallen de juistheid van de door de thuiszorginstelling gegeven antwoorden hebben gecontroleerd op basis van de daarvoor noodzakelijke onderliggende stukken. Bij een aantal thuiszorginstellingen konden deze niet binnen een redelijke tijdsbesteding worden achterhaald.

De resultaattabellen met daarin de cliëntinformatie per instelling zijn vervolgens per instelling en over het totaal geanalyseerd. Bij het aggregeren van de cliëntinformatie naar het landelijke niveau is ervoor gekozen niet te corrigeren voor de instellingen waarvan het aantal cliënten is uitgebreid tot 30. Belangrijkste reden hiervoor is dat de omvang en de oorzaken van onjuiste indicatie niet afhankelijk bleken van de omvang van de instelling. Bovendien zou een correctie leiden tot minder overzichtelijke antwoorden.

BIJLAGE 3: OVERZICHT VAN AANGEHAALDE EN GERAADPLEEGDE BRONNEN

Instantie	Titel	Jaar
Altrecht	Jaarverslag 2003.	2004
Arcares	Moderniseren op eigen koers: jaarverslag 2002.	2003
CAK-BZ	Jaaroverzicht 2003	
CPB	Momentopname van de AWBZ: een momentopname van de sterke en zwakke punten.	2004
College Implementatie Indicatiestelling	Advies: bestuurlijke verantwoordelijkheid indicatiestelling.	2003
College Implementatie Indicatiestelling	Advies: vereenvoudiging indicatiestelling AWBZ.	2004
CTZ	Inkoopproces thuiszorg.	2003
CTZ	Moderniseringsmaatregelen AWBZ 2003: toezichttoets.	
CTZ	Onderzoeksstrategie doelmatigheid College van toezicht op de zorgverzekeringen 2003-2006.	2003
CTZ	Relatie zorgkantoren thuiszorginstelling.	
CTZ	Rol zorgkantoren in de thuiszorg.	
CTZ	Toezicht op doelmatigheid: een visie in ontwikkeling.	2002
CTZ	Toezichtstoets zorgkantoren (2000).	
CTZ	Uitvoeringstoets modernisering AWBZ.	2002
CTZ	Verkennd onderzoek 'Rechtmatigheid en bedrijfsrisico's thuiszorginstellingen'.	2003
CVZ	Aandachtspunten bij verdere implementatie Modernisering AWBZ.	2003
CVZ	Aanvulling handleiding financiële verantwoording zorgkantoren 2003.	2003
CVZ	Benchmarking zorgkantoren.	2003
CVZ	College voor zorgverzekeringen.	2004
CVZ	De ontwikkeling van concurrerend aanbod in zorgkantorregio's - eindrapport-.	2004
CVZ	Dieetadvisering van AWBZ naar Ziekenfondswet.	
CVZ	Evaluatie Transcompartimentale experimenten.	2003
CVZ	Functiegerichte aanspraken: een gids voor uitleg in de praktijk.	2003
CVZ	Kernmonitor PGB nieuwe stijl.	2003
CVZ	Kernmonitor ZRS: 1996-2002.	2002
CVZ	Lasten en financiering AWBZ 2002-2004.	2003
CVZ	Lasten en financiering Ziekenfondswet 2002-2004.	2003
CVZ	Protocol getrouwheidsonderzoek rechtmatigheidsverantwoording zorgkantoren 2003.	
CVZ	Rechtmatigheidsverantwoording zorgkantoren 2003.	2003
CVZ	Signalement toelating instellingen AWBZ.	2004
CVZ	Uitvoeringstoets opheffing contracteerplicht AWBZ extramuraal.	2004
CVZ	Verkennd onderzoek Diabetesproject Zuid-Limburg.	2004
CVZ	Zorginkoop door zorgkantoren.	2003
CVZ	Handleiding uitvoeringsverslag zorgkantoren 2003 en handleiding	2003
CTZ	Financiële verantwoording zorgkantoren 2003.	

Ernst & Young	Rapportage onderzoek Vermogenspositie en risicoprofiel verpleeghuis- en verzorgingshuizen.	2002
Ernst & Young	Vermogenspositie en risicoprofiel verpleeg- en verzorgingshuizen.	2002
FIOD-ECD	Wet tarieven gezondheidszorg: project thuiszorg.	2003
GGZ Nederland	De GGZ: aan zet ! De ambities van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg voor 2003 en verder.	
HHM	Afbakening AWBZ -MO in het licht van de Modernisering van de AWBZ: interviews, tweede conceptrapportage	2004
LCIG	Jaarverslag 2002.	2003
LCIG	Resultaten enquête functiegericht indiceren: "De ervaringen in de praktijk".	2004
LVIO	RIO's, Wvg en Lokale loketten: samenwerking met een lokale deur.	2003
LVIO	Werkdocument: indicatiestellen voor Ondersteunende Begeleiding.	2004
LVIO	Indicering voor AWBZ-zorg in het onderwijs.	2004
NIZW	Zorgen dat het werkt: strategienota NIZW 2003-2006.	2003
Nivel		
NVZ	Werk in uitvoering: jaarverslag 2002.	2002
PWC	Aanwending en procedures zorgvernieuwingsgelden thuiszorginstellingen en verpleeghuizen 2002 en 2003 onderzocht.	2004
Prismant	Transmurale afdelingen: een inventariserend onderzoek naar verpleeghuisafdelingen in Nederlandse ziekenhuizen.	2004
Rabobank	AWBZ: vier scenario's voor 2012. Themabericht 2004/08.	2004
RVZ	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief.	1998
RVZ	Taakherschikking in de gezondheidszorg.	2002
SCP	Advies ramingen verpleging en verzorging.	2004
SVB	Het Persoonsgebonden Budget in kaart gebracht: kwantitatieve analyse 2002.	2003
SVB	Het Persoonsgebonden budget oude stijl: kwantitatieve analyse 2003.	2004
Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg LOREP	"Overgeleverd" aan het RIO: RPCP's signaleren knelpunten en complimenten over indicatiestelling.	2004
Tangram	Aandachtspunten bij verdere implementatie modernisering AWBZ.	2003
Taskforce RIO's	Taskforce RIO's: tussenrapportage inventarisatie thuiszorgcliënten zonder geldig of volledig indicatiebesluit.	2004
Taskforce RIO's	Voortgang AWBZ.	
Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven, Tweede Kamer der Staten- Generaal.	28852 Onderzoek naar de Zorguitgaven.	2004
Tot en met	Cijfers en analyse AWBZ-indicaties 2002-2003.	2004
Universiteit Maastricht	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces: achtergrond.	1998
Universiteit Utrecht	Comparative Cohort Studies in Transmural Care: three cases of structurally embedded practise in The Netherlands.	

Vektis	Zorgregistratie AWBZ: digitaal berichtenverkeer in de keten.	2004
VWS	Zicht op Zorg: plan van aanpak modernisering AWBZ.	1999
	Maandrapportage PGB-regeling: stand van zaken ultimo maart 2004.	2004
	Verdiepingsmonitor Eigen Bijdrage Thuiszorg.	200x
	Wachlijst Verpleging en Verzorging.	2003
	Zorg nodig? Alles over indicatiestelling in de AWBZ!	
	Zorg voor chronisch zieken. Medisch Contact.	2001

BIJLAGE 4: KORTE BESCHRIJVING VAN TOELATINGSCRITERIA AWBZ-INSTELLINGEN

Een instelling die AWBZ-verzekerde zorg levert, moet als zodanig zijn toegelaten. Het CVZ beslist op aanvragen om toelating (artikel 8 lid 1 juncto lid 3 AWBZ).

Een toelating wordt volgens de AWBZ (artikel 8b) geweigerd:

- Met betrekking tot instellingen die een ziekenhuisvoorziening in de zin van de Wet ziekenhuisvoorzieningen in stand houden: voor zover de instelling niet voldoet aan de ingevolge die wet geldende voorschriften inzake spreiding en behoefte;
- Met betrekking tot de overige instellingen: voor zover de instelling niet voldoet aan de door Onze Minister vast te stellen voorschriften inzake spreiding en behoefte.

De toelatingscriteria om AWBZ-zorg te kunnen leveren zijn beperkt. Het CVZ toetst bij een verzoek tot toelating 3 criteria:

- *Een juridisch toets*: Er moet sprake zijn van een instelling⁶
- *Een inhoudelijke toets*: De instelling moet de zorg (functies) waarvoor toelating wordt aangevraagd kunnen leveren zoals de AWBZ beoogt.
- *Een technische toets*: De instelling moet voldoen aan de administratieve verplichtingen die het leveren van AWBZ-zorg vereist.

Er zijn geen andere wettelijke criteria. De problematiek rond het begrip instelling is bovendien dat deze niet is gedefinieerd.⁷ Een instelling krijgt reeds een toelating voor het leveren van een AWBZ-functie, als deze functie is tenminste één verschijningsvorm kan leveren. Het is dus niet langer nodig de volledige aanspraak te kunnen leveren teneinde een toelating te krijgen. Zo kan bijvoorbeeld de functie activerende begeleiding op veel verschillende wijzen worden geleverd, waardoor in principe voor sterk verschillende soorten van zorgaanbieders het mogelijk is tot de AWBZ toe te treden.

Toelating van nieuwe, beginnende aanbieders van AWBZ-zorg is derhalve relatief eenvoudig en er zijn volgens het CVZ vrijwel geen mogelijkheden toelating te weigeren.⁸ Ook de toelating van bestaande AWBZ-zorgaanbieders tot functies die voorheen buiten hun domein vielen is eenvoudig, alsmede die van zorginstellingen (zoals ziekenhuizen) die nog geen AWBZ-zorg leveren. In feite kan derhalve elke partij die voldoet aan de criteria een toelating als AWBZ-zorg aanbieder krijgen.

De meeste verzoeken tot toelating tot het leveren van AWBZ-zorg worden dan ook aangenomen⁹. Overigens kan het zorgkantoor wel een negatief advies tot toelating uitbrengen. Het CVZ merkt hierover op dat dit vaak gebeurt op gronden die niet criteria om af te wijzen betreffen. Dit zou volgens het CVZ te ondervangen zijn met de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

⁶ Er bestaat geen omschrijving van 'instelling'. Een zorgaanbieder wordt daarom reeds een 'instelling' genoemd wanneer sprake is van een georganiseerd verband van 2 of meer individuele personen.

⁷ Vergelijk het CVZ document 'Signalement toelating instellingen AWBZ'

⁸ Bij een aanvraag tot toelating kan het zorgkantoor wel een negatief advies tot toelating uitbrengen.

⁹ In de periode april 2003 – medio maart 2004 behandelde CVZ 83 aanvragen, 80 daarvan zijn goedgekeurd, 3 geweigerd.

BIJLAGE 5: BRIEF VAN 14 OKTOBER 2003 VAN DE LVT AAN HAAR LEDEN (BIJLAGE GETITELD ‘TIPS EN TRUCS’)

“Bijlage 3 – WAAR LIGGEN VOOR DE THUISZORG MOGELIJKHEDEN OM DE PIJN TE VERZACHTEN?”

Hieronder wordt een aantal suggesties beschreven, waarvan bij voorbaat vaststaat dat het niet uitputtend is. Aan de andere kant is ook niet uit te sluiten dat een aantal ervan als zogenaamde open deuren zullen worden beschouwd. Dit overzicht is daarom ook meer te beschouwen als een eerste aanzet voor een soort checklist, die de LVT graag met haar leden wil actualiseren en optimaliseren.

Suggesties die mogelijk kunnen bijdragen aan het verruimen van uw financiële armslag.

- Met uw Zorgkantoor de bestedingsafspraken voor 2003 actualiseren. Dit kan tot uiterlijk 1 december 2003, en is met name interessant voor instellingen die nog niet het maximumpercentage hebben afgesproken.
- In 2003 zoveel mogelijk productie maken op de 6 kernproducten TZ.
- Voor 2004 alleen contracteren op het maximumtarief
- Vanaf 2004 wordt er in klassen geïndiceerd, en (nog) betaald in uren. Het is aan te raden om binnen de klassen zoveel mogelijk aan de bovenkant (lees: zoveel mogelijk uren) te leveren.
- Alle huidige surplussen in de exploitatie zo mogelijk reserveren voor dekking van tekorten in 2004 en eventueel daarna.
- Zo mogelijk 2% van de financiële productieafspraken in 2004 reserveren t.b.v. nacalculatiebreedte (risico).
- Indien DVO-productie wordt geleverd, extra middelen claimen uit de overgangsregeling kapitaallasten.
- Bij aanbod van dienstverlening en welzijnsactiviteiten nagaan of er in uw regio nog ruimte binnen de subsidieregeling Extramurale Dienstverlening is voor het verkrijgen van middelen. (dit geldt voor 2003, vanaf 2004 verandert de regeling).
- Het kritisch beschouwen van uw huidige productenaanbod, waarbij nagegaan kan worden welke producten op dit moment een kostendekkend tarief hebben, en welke niet. Met uw Zorgkantoor bespreken in hoeverre u hiermee wel of niet kunt doorgaan. Dit geldt vanzelfsprekend met name voor de laatste categorie producten. Op deze wijze wordt het Zorgkantoor mede-eigenaar van het probleem. Hierbij spelen zowel korte als lange termijn overwegingen een rol. Zo biedt het stoppen met het leveren van onrendabele lijnen, evenals het leveren van bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleging op korte termijn weliswaar enig soelaas, maar zouden strategische overwegingen betreffende uw toekomstige productenaanbod mogelijk tot een andere uitkomst kunnen leiden.
- De huidige, onder de bestedingsafspraken vallende activiteiten zoveel mogelijk in productietermen omschrijven. Bijvoorbeeld het wegschrijven van sommige preventieactiviteiten onder het product AIV. Voorts omvat het

product VoDi ook voedselvoorlichting, en wellicht zijn er activiteiten die middels oprekken van de doelstelling onder voedingsvoorlichting kunnen worden weggeschreven.

- Voor het overige overwegen om te stoppen met alle activiteiten, initiatieven en samenwerkingsverbanden die nu uit de bestedingsafspraken worden gefinancierd. Te denken valt aan liaisonverpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen, etc. Op deze wijze wordt het probleem verbreed naar andere sectoren. Overigens gelden hierbij dezelfde korte en lange termijn overwegingen als hierboven genoemd.
- Nagaan in hoeverre u nog producten wilt, of kunt, leveren aan PGB-houders onder het maximumtarief, en dit volume zonodig neerwaarts bijstellen.
- Zoveel mogelijk producten (waaronder ook huishoudelijke zorg) geschikt maken voor aanbiede[rs] buiten de AWBZ, bijvoorbeeld in het derde compartiment.
- [...]

Rol LVT

[...] De LVT kan hierop – indien gewenst – de volgende ondersteuning leveren:

- [...]
- Het actief verzamelen van suggesties, tips en ervaringen van leden met mogelijkheden tot het verruimen van de financiële armslag.
- In dat kader het openen van een discussieruimte ('chatbox') op de ledensite, waar iedereen ideeën, tips en ervaringen kan uitwisselen."

BIJLAGE 6: BRIEF VAN 23 DECEMBER 2003 VAN ARCARES AAN HAAR LEDEN (GETITELD ‘TIPS EN TRUCS MET BETREKKING TOT BELEIDSREGELS V&V 2004’)

“Binnenkort zult u de beleidsregels van het CTG ontvangen. Arcares wil u graag zo optimaal mogelijk faciliteren. We hebben daartoe een aantal Tips& Trucs voor u op een rijtje gezet, waarmee u de ruimte in de beleidsregels optimaal benut en zodoende hopelijk kunt bewerkstelligen dat u 2004 financieel gunstig kunt afsluiten.

‘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 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.

Dagverzorging

Het tarief dagverzorging was altijd opgebouwd uit een personeel deel en een maaltijd/gebouwgebonden deel. Dit onderscheid is komen te vervallen, er is nu sprake van een integraal tarief in de beleidsregel. Dit biedt de mogelijkheid om het tarief iets op te krikken t.o.v. vorig jaar indien er een gedeelte voor de gebouwgebonden kosten werd afgeroomd omdat u deze als instelling al intramuraal kreeg. Als zorginstelling kunt u dit bespreken met uw zorgkantoor in de wetenschap dat ook ZN gestreden heeft voor een hoger tarief voor dagverzorging, maar dat er niet meer uit is gekomen dan de €2,20 per dag.

Verder raden wij u aan om dagverzorging alleen aan te (blijven)bieden indien u dit kostendekkend kunt realiseren.

Behandeling extramuraal

Na een lang proces van onderhandeling is het vanaf 1-1-2004 mogelijk om onder de noemer van “BH-1” behandeling door een verpleeghuisarts extramuraal te leveren tegen een tarief van €20,98 per 15 minuten. De toeslag Multi Disciplinair Overleg (MDO) komt hiermee te vervallen. Kosten die gepaard gaan met MDO zijn als opslag verrekend in het tarief verpleeghuisarts. Daarnaast kunnen er reiskosten door de verpleeghuisarts gedeclareerd worden tegen een maximumtoeslag van €20,98 per contact.

In de omschrijving wat er onder de functie BH-1 wordt verstaan zit enige rek omdat er gesproken wordt van medisch-specialistisch, gedragwetenschappelijk of specialistisch-paramedische handelingen. De beperking zit hem in de voorwaarde dat een verpleeghuisarts deze handeling dient uit te voeren. Arcares heeft, gesteund door CVZ, aangegeven dat deze toevoeging onnodig beperkend werkt, echter het CTG secretariaat was niet bereid dit anders te formuleren. Het is dus aan u om de uitdaging

aan te gaan en de geboden ruimte van deze regeling optimaal te benutten door extramurale behandeling ook door een ander dan de verpleeghuisarts te laten leveren.

Realisatie intramurale productie

Nacalculatie op verpleegdagen

De beëindiging van de budgetgarantie is niet bedoeld als bezuinigingsmaatregel. De middelen die door de daling van de vergoede productie landelijk vrijkomen (= de huidige gemiddelde onderproductie in verpleeghuizen) worden toegevoegd aan de variabele budgetparameterwaarden (= norm per dag).

Op basis van onderzoek naar de productiegegevens 2001 bij ongeveer 85% van de verpleeghuizen, blijkt dat er een onderbezetting is van 3,38%. Dit betekent dat de norm per dag ook met **3,38%** opgehoogd wordt. De hiermee gepaard gaande loonkosten per dag worden dan met **€1,51** en de materiele kosten per dag met **€0,33** (beiden prijspeil 2003) opgehoogd.

Nacalculatie op verzorgingsdagen

Onderzoek naar de productiegegevens bij bijna 80% van de verzorgingshuizen geeft aan dat er een onderbezetting was van 2,43% in 2001. Dit betekent dat de norm per dag ook met **2,43%** opgehoogd wordt. De hiermee gepaard gaande loonkosten per dag worden uiteindelijk met **€0,38** en de materiele kosten per dag met **€0,12** (beiden prijspeil 2003) opgehoogd. Bij de verzorgingshuizen blijft de regeling voor mutatiedagen vooralsnog bestaan.

Dit betekent dat u als instelling extra budget kunt genereren t.o.v. 2003 indien u als verpleeghuis een hogere bezetting haalt dan 96,62% en als verzorgingshuis een hogere bezetting dan 97,57%. Deze hogere bezetting is te realiseren door mutaties sneller te laten verlopen dan in het verleden (dus een vrij gekomen bed zo snel mogelijk weer bezetten met nieuwe cliënt). Met dit extra budget kunt u (een gedeelte van) de bezuinigingsmaatregelen opvangen. Overigens blijft bij de verzorgingshuizen de regeling m.b.t. mutatiedagen (max. 30 dagen) in 2004 nog bestaan, dus daar moet het geen probleem zijn om 100% of meer te realiseren.

Verkeerde bedproblematiek

Mocht u in het verleden met behulp van de zorgvernieuwingsgelden extra budget hebben ontvangen ten behoeve van de zogenaamde verkeerde bedproblematiek van ziekenhuizen (denk bv. aan revalidatie van heupfracturen) en deze middelen zijn in 2004 niet meer beschikbaar, dan raadt Arcares u aan om met uw zorgverzekeraar uit de regio te gaan praten zodat u van de zorgverzekeraar/ziekenhuis dit budget krijgt aangevuld (dus oplussing met geld uit 2-e compartiment). Wil een zorgverzekeraar/ziekenhuis hier niet in tegemoet komen, dan is het niet mogelijk om de desbetreffende zorg te leveren en betekent dit voor de ziekenhuizen extra kosten doordat cliënten langer een ziekenhuisbed bezetten (en die kosten zijn hoger dan het aanvullende budget dat u als instelling vraagt). In meerdere regio's is dit scenario inmiddels al voor 2004 uitgewerkt.

Zorgtoewijzing/zorgbemiddeling

Zorgtoewijzing is een officiële taak van het zorgkantoor. Zorgkantoren hebben budget ontvangen om deze taak uit te voeren. Mocht het zorgkantoor willen dat u als aanbieder deze taak op u neemt (en daar zitten zeker voordelen aan) dan is het reëel om daarvoor ook het benodigde budget bij te vragen aan het zorgkantoor.

Daarnaast wil Arcares u er op wijzen dat in de extramurale setting het mogelijk is om het product AIV (=Advies, Instructie en Voorlichting) te contracteren met het zorgkantoor, waarmee zorgbemiddeling, advisering aan cliënten e.d. is te financieren. Aangezien cliënten geen indicatie nodig hebben voor dit product, kunt u ook op deze wijze extra financiële ruimte creëren voor dit soort voorzieningen.

Rentenormering

De rentenormeringsregeling is een ingewikkelde regeling, die weliswaar (extra) inzet van personeel betekent, echter Arcares raadt u aan om te sturen op een goed treasury beleid. De investering in personeel verdient zich dubbel en dwars terug bij een goed treasury beleid. Er zijn bureaus (bijvoorbeeld AAG in 's-Hertogenbosch) die hiervoor speciale cursussen hebben ontwikkeld.”

BIJLAGE 7: OVERZICHT VAN FIGUREN IN HET RAPPORT

Figuur 1: Vereenvoudigde weergave van de AWBZ-keten bij zorg in natura	xx
Figuur 2: Onderzochte sectoren en volume; bron: CVZ, lasten en financiering AWBZ 2002 – 2004, cijfers Boekjaar 2004	xxi
Figuur 3: Percentages wel geldige indicatiebesluiten ten opzichte van het totaal aantal indicaties	12
Figuur 4: Overzicht van alle in de steekproef betrokken gevallen, gerangschikt naar al dan niet hebben van een indicatiebesluit	14
Figuur 4a: Overzicht van niet-geïndiceerden per categorie, naar tijdsperioden (absolute aantallen en percentages)	14
Figuur 5: Hoofdoorzaken afwezigheid geldige indicatiebesluiten	16
Figuur 6: Hoofdoorzaken voor het niet aanwezig zijn van geldige indicatiebesluiten	16
Figuur 7: Administratief systeem PGB oude stijl	28
Figuur 8: Administratief systeem PGB nieuwe stijl	30
Figuur 9: Percentages van verantwoordingsformulieren die op tijd, te laat en niet zijn verstuurd aan zorgkantoren, 2003. Bron: ZN (bewerkt door Boer & Croon)	33
Figuur 10: Herkomst aanvragen tot toelating tot AWBZ gerangschikt naar sector, april 2003 – medio maart 2004	49
Figuur 11: Aanvragen voor toelatingen per functie, april 2003 - medio maart 2004 (meerdere functies per aanvrager mogelijk)	50
Figuur 12: Functies waar instellingen uit de welzijnssector toelating voor aanvragen, april 2003 – medio maart 2004	51
Figuur 13: Aantal adviesaanvragen per 100.000 inwoners per RIO waarvoor advies aan het CVZ is gevraagd, periode januari – april 2004	72

BIJLAGE 8: LIJST MET AFKORTINGEN EN NAMEN VAN INSTANTIES GEBRUIKT IN HET RAPPORT

In het rapport gebruikte afkortingen en namen

AB	Activerende Begeleiding (functie)
AIV	Advies, Instructie en Voorlichting
Arcares	Brancheorganisatie Verpleging & Verzorging
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZM	Academisch Ziekenhuis Maastricht
AZR	AWBZ-brede zorgregistratie
BTN	Vereniging Branchebelang Thuiszorg Nederland (brancheorganisatie)
BZA	Besluit Zorgaanspraken AWBZ
CAD	Consultatiebureau Alcohol en Drugs
CAK-BZ	Centraal Administratiekantoor - Bijzondere Zorgkosten
CBZ	College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CoZiek	Commissie Ziekenhuisvoorzieningen
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTZ	College Toezicht Zorgverzekeringen
CVA	Cerebrovasculair accident ('Beroerte')
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandelcombinatie
DVG	Dagverzorging gehandicapten
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GGZ Nederland	Vereniging GGZ Nederland (brancheorganisatie)
GVT	Gezinsvervangende tehuizen
HV	Huishoudelijke Verzorging (functie)
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
LCIG	Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicapten
LVIO	Landelijke Vereniging van Indicatieorganen
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OB	Ondersteunende Begeleiding (functie)
Per Saldo	Belangenvereniging van en voor mensen met een PGB
PGB	Persoonsgebonden budget
POH	Praktijkondersteuner Huisarts
PV	Persoonlijke Verzorging (functie)
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonwonen
RIO	Regionaal Indicatieorgaan
RJZ	Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen

SGLVG	Sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten
SVB	Sociale Verzekeringsbank
V&V	Verpleging & Verzorging
VAZ	Vereniging van Academische Ziekenhuizen
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (brancheorganisatie)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning (nog niet ingevoerd)
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
WZW	Welzijnswet
ZFW	Ziekenfondswet
ZIB	Zorgindicatiebesluit
ZIN	Zorg in natura
ZN	Zorgverzekeraars Nederland