

Convenant zorgkantoren 2006 - 2008

Partijen,

1. de Staat der Nederlanden, te dezen vertegenwoordigd door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw drs. C.I.J.M. Ross-van Dorp;
2. Zorgverzekeraars Nederland, vertegenwoordigd door de voorzitter, de heer H. Wiegel en
3. het College voor zorgverzekeringen, vertegenwoordigd door de voorzitter, de heer drs. J.S.J. Hillen;

Overwegende dat:

het *Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren* op 31 december 2005 is afgelopen;

partijen het belang onderstrepen opnieuw afspraken vast te leggen over de door zorgkantoren te leveren prestaties, de beheerskosten die daarvoor beschikbaar zijn en de maatregelen die VWS, ZN en CVZ zullen treffen om de zorgkantoren in staat te stellen goede prestaties te leveren waarbij de volgende ontwikkelingen van belang zijn:

a. De uitvoering van de AWBZ ligt voor de komende drie jaar in beginsel bij de zorgkantoren. Aan de hand van het voorstel van ZN en de adviezen van CVZ en CTZ heeft VWS besloten zorgkantoren vanaf 1 januari 2006 voor een periode van 3 jaar aan te wijzen. Aan de aanwijzing zijn nadere generieke en specifieke voorwaarden verbonden. Het toezicht op de naleving van de aan de aanwijzing verbonden voorwaarden vindt plaats binnen het kader van het reguliere toezicht door het CTZ.

b. De uitvoering van de AWBZ geschiedt deels op basis van artikel 40 van de AWBZ en deels op basis van mandaat en volmacht van de zorgverzekeraars. Partijen vinden het belangrijk nadere afspraken te maken over de wijze waarop zorgkantoren de zorginkoop op objectieve, non-discriminatoire en transparante wijze vormgeven. VWS zal jaarlijks vooraf met ZN overleggen over de verdeling van extra AWBZ-middelen en de prioriteiten die worden gesteld aan de inzet

van middelen. Zorgkantoren zullen via prestatiebeoordeling in het toezicht prikkels ondervinden om de zorginkoop goed vorm te geven, hierbij wordt het normenkader Prestatiemeting AWBZ 2005¹ betrokken. Het CTZ zal dit kader verder doorontwikkelen.

c. Momenteel vindt een interdepartementaal onderzoek plaats naar de toekomst van de AWBZ. De staatssecretaris zal voor de zomer 2006 een reactie uitbrengen op dit IBO rapport. Het rapport *Chronische zorg verzeker-*

kerd: bouwstenen van een houdbaar stelsel van langdurige verzorging van juni 2005, opgesteld in opdracht van het bestuur van ZN en het rapport van CVZ inzake *Uitwerking Toekomst AWBZ* van 24 november 2005 vormen hiervoor belangrijke bouwstenen. De voorbereiding van de besluitvorming is onderwerp van bespreking tussen de convenantpartijen.

d. De onder c genoemde besluitvorming over de toekomst van de AWBZ en de ontwikkelingen rond de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning kunnen ertoe leiden dat dit convenant bijstelling behoeft of zelfs geheel zal worden opgezegd. In dat geval overleggen partijen hierover.

e. In de komende 3 jaren vinden beleidsmatige ontwikkelingen plaats die direct of indirect betekenis hebben voor de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren waarbij het noodzakelijk zal zijn om vooraf afspraken te maken over de termijnen van besluitvorming, de uitvoeringsconsequenties en de personele en financiële gevolgen.

partijen streven naar beheersing van de AWBZ-uitgaven door een doelmatige inzet van AWBZ-middelen waarbij voor VWS de beheersingsmaatregelen AWBZ gelden waarover VWS afspraken heeft gemaakt met de brancheorganisaties van aanbieders (Convenant AWBZ 2005 - 2007) en waarbij de zorginkooprol van het zorgkantoor een centrale plaats inneemt;

VWS, ZN en de brancheorganisaties van zorgaanbieders hebben gesproken over en hebben ingestemd met een brugtekst over de gemeenschappelijke uitgangspunten voor de AWBZ voor 2006, die de verbinding vormt tussen het onderhavige convenant en het *Convenant AWBZ 2005 - 2007*;

partijen met deze overeenkomst niet beogen in rechte afdwingbare rechten en verplichtingen in het leven te roepen;

Artikel 1. Definities

Dit convenant verstaat onder:

a. *Mandaatsovereenkomst 2006*: de tussen zorgverzekeraars gesloten mandaatsovereenkomst zorgkantoren, inhoudende het uitvoeringsmandaat en de volmachtverlening van de zorgverzekeraars aan de verbindingkantoren;

b. *Zorgverzekeraar*: een zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet, die zich overeenkomstig artikel 33 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten als zodanig heeft aangemeld voor de uitvoering van deze wet;

c. *Zorgkantoor*: een op grond van artikel 3 van het Administratiebesluit bijzondere ziektekostenverzekering, als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet bijzondere Ziektekosten, aangewezen verbindingkantoor;

d. *Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)*: de stichting die met ingang van 1 januari 2005 in opdracht van gemeenten de indicatiestelling als bedoeld in artikel 9a van de Algemene Wet bijzondere Ziektekosten uitvoert;

e. *Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)*: het door de Tweede Kamer aanvaarde wetsvoorstel waarvan de contouren zijn geschetst in de brief aan de Tweede Kamer van 23 april 2004 (TK 2003-2004, 29 538, nr.1);

f. *College voor zorgverzekeringen (CVZ)*: het college bedoeld in artikel 58 van de Zorgverzekeringswet;

g. *College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/Zaio)*: het college, bedoeld in artikel 18 van de Wet

tarieven gezondheidszorg, dan wel zijn rechtsoptolger, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als bedoeld in het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg;

h. *College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ)*: het college, bedoeld in artikel 76 van de Zorgverzekeringswet, dan wel zijn rechtsoptolger, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als bedoeld in het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg;

i. *Concessieperiode*: de periode, bedoeld in artikel 3 van het Administratiebesluit bijzondere ziektekostenverzekering en de daarop gebaseerde aanwijzingsbeschikking.

Artikel 2. Vormgeving uitvoeringsstructuur

1. ZN verbindt zich tot al hetgeen in haar vermogen ligt om de zorgverzekeraars die de AWBZ uitvoeren, te houden aan de nakoming van de door hen getekende

Mandaatovereenkomst 2006 inzake de uitvoering van de AWBZ, voor de duur van dit convenant.

2. CVZ draagt, in afstemming met het CTZ, zorg voor aansturing en coördinatie van de verantwoording over de uitvoering van de AWBZ op transparante en eenduidige wijze en met inachtneming van hetgeen de wet daarover bepaalt. Het CVZ zal daarbij als uitgangspunt nemen dat zorgkantoren zo en zodanig tijdig verantwoording afleggen, dat wordt voldaan aan de wettelijke verantwoordingsplicht.

Artikel 3. Taken en verantwoordelijkheden zorgkantoren

1. VWS, CVZ en ZN nemen de taken als genoemd in de bijlage zoals uitgangspunt voor het formuleren van de taken van de zorgkantoren.

2. VWS zorgt voor een macrobudget voor beheerskosten dat is afgestemd op de taken die van zorgkantoren worden verwacht. CVZ zorgt voor de nadere toedeling van de beheerskosten aan de zorgkantoren op basis van een zo goed mogelijke verdeelsystematiek. CVZ voert daartoe jaarlijks een beheerskostenmonitor uit. Met behulp van deze monitor kan worden bepaald of de omvang van het budget voldoende is en of de verdeling van het macrobudget adequaat is.

3. VWS, CVZ en ZN zullen in 2006 – mede met het oog op het gestelde in

het tweede lid – nader bezien welke factoren een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van structurele tekorten en overschotten in de beheerskosten bij zorgkantoren in de periode 2001-2004. Partijen onderkennen het belang van budgetdiscipline bij de zorgkantoren. Dit betekent dat bij zorgkantoren in beginsel geen tekorten kunnen ontstaan. Voor een overschot geldt een maximum van 20%. In het Besluit financiering uitvoeringsorganisatie Bijzondere Ziektekostenverzekering zijn deze uitgangspunten van budgetdiscipline en de controles die het CTZ in dit verband uitvoert, nader uitgewerkt. ZN draagt het belang van de budgetdiscipline actief uit naar de zorgkantoren.

Artikel 4. Cliëntenraadpleging over uitvoering PGB-regeling

VWS stelt middelen beschikbaar aan ZN om een cliëntenraadpleging te organiseren over de uitvoering van de PGB-regeling, éénmaal per twee jaar. Zorgkantoren dienen gelegenheid te hebben om verbeterpunten blijvend uit het benchmarkonderzoek 2004/2005 te implementeren. De raadpleging wordt waar mogelijk en relevant zodanig ingericht dat de uitkomsten kunnen worden vergeleken met de uitkomsten van de vorige raadpleging in 2004. Voor de invulling worden CVZ, CTZ en VWS geraadpleegd. De kosten voor het uitvoeren van de cliëntenraadpleging worden opgenomen in de beheerskosten van de zorgkantoren (in totaal € 0,1 miljoen in 2005 en 0,1 miljoen in 2006). De uitkomsten van de cliëntenraadpleging worden openbaar gemaakt. De eerstvolgende raadpleging wordt uitgevoerd in het laatste kwartaal van 2006. De rapportage vindt plaats in februari 2007.

Artikel 5. Zorginkoop, contracteer-ruimte en de controle op nakoming

1. ZN verbindt zich tot al hetgeen in haar vermogen ligt om de zorgkantoren er toe aan te zetten uitvoering te geven aan de hen opgelegde taak om op lokaal niveau overeenkomsten met toegelaten zorgaanbieders en vrijgevestigde beroepsbeoefenaren te sluiten en de controle op naleving daarvan adequaat op te zetten en uit te voeren conform de daarvoor geldende regeling administratie en controle AWBZ. ZN heeft daartoe een leidraad/handleiding opgesteld die de zorgkantoren

kunnen volgen bij de zorginkoop.

Deze overeenkomsten dienen, naast de voorgeschreven wettelijke bepalingen op grond van de AWBZ, ten minste afspraken te bevatten over de inzet van de hulpverlening, de registratie, de uitoefening van de controle op de verleende hulp, de financiering, sanctie- en bijsturingmogelijkheden, de besteding van de reserve aanvaardbare kosten, het uitvoeren van een cliëntenraadpleging door zorginstellingen over de kwaliteit van de door hen geleverde diensten, de kwaliteitsbewaking en het overleg dat het zorgkantoor periodiek voert met de aanbieder/instelling.

2. VWS heeft met ingang van 2005 regionale contracteerruimtes ingevoerd om ervoor te zorgen dat de totale uitgaven voor AWBZ-zorg binnen het gestelde macrokader blijven². Deze systematiek zal in 2006 en 2007 worden voortgezet³. VWS zal ZN in 2006 betrekken bij de voorbereiding van de contracteerruimte voor 2007 en de in het kader daarvan te stellen prioriteiten op het vlak van volume en kwaliteit. Voor 2006 hebben VWS en ZN met de brancheorganisaties van zorgaanbieders al aandachtspunten vastgesteld. Deze aandachtspunten hebben betrekking op het (financiële) kader, waaronder doelmatigheid en kwaliteit, en spelregels bij zorginkoop. Bij de uitwerking van taken voor de zorgkantoren (zie artikel 3 van dit convenant) is met deze afspraken rekening gehouden. Daarbij is het volgende relevant:

a. VWS streeft er naar jaarlijks voor 1 november de aanwijzing aan het CTG/ZAio over de contracteerruimte van het jaar daarop vast te stellen.

ZN ondersteunt de zorgkantoren bij de zorgcontractering in 2006 en volgende jaren door het opstellen van een jaarlijkse leidraad/handleiding.

b. VWS zal zorgkantoren jaarlijks per uiterlijk 1 oktober voorzien van informatie over de zorgproductie, bijvoorbeeld in de vorm van kengetallen als referentiekader voor het vormgeven van doelmatig inkoopbeleid.

c. Deze aanpak is erop gericht zorgkantoren – naast maatregelen vanuit de overheid ter aanscherping van de indicatiestelling en de doelmatigheidsverbetering bij zorgaanbieders – voldoende mogelijkheden te bieden om op kwalitatief verantwoorde wijze tegemoet te komen aan de zorgvraag.

d. Het CVZ en VWS (via CTZ en het

CTG/ZAio) zorgen ervoor dat aan zorgkantoren eenduidige eisen worden gesteld met betrekking tot verantwoording. Dit betekent onder meer dat de verantwoordings- en controlevoorschriften zullen worden aangepast aan de afspraken in dit convenant. Daarbij wordt zo veel mogelijk aangesloten bij het traject Maatschappelijk Verslag Zorgverzekeraars van ZN en de verantwoordingsstructuur zoals deze geldt vanaf verslagjaar 2005. In 2006 zal de Regeling administratie en controle uitvoeringsorganen AWBZ worden aangepast aan de wijzigingen in de AWBZ, de daarop gebaseerde lagere regelgeving en onderhavig convenant. CVZ gaat met CTZ na welke gegevens en inlichtingen regelmatig moeten worden verstrekt. Hierbij vindt afstemming plaats met ZN, vertegenwoordigers van zorgkantoren en externe accountants. VWS is verantwoordelijk om er voor te zorgen dat de koppeling wordt gemaakt tussen de controlerichtlijnen van het CTZ en de kaderegeling AO/IC van het CTG/ZAio.

e. VWS neemt het initiatief om per 2007 zorgzwaartepakketten in de intramurale bekostiging in te voeren en daarvoor de nodige voorbereidingsmaatregelen te treffen. Per uiterlijk 1 juli 2006 is een besluit genomen over de invoering per 2007, de wijze waarop en de betrokkenheid van zorgkantoren. ZN zal de zorgkantoren ondersteunen bij de invoering van deze nieuwe bekostigingssystematiek. f. VWS neemt het initiatief om in 2006 tot ontwikkeling van omslagpunten intra/extramuraal te komen, rekening houdend met de nieuwe systematiek van zorgzwaartepakketten in de intramurale bekostiging. Bij afwezigheid van omslagpunten ontbreekt het het zorgkantoor aan een titel om aan individuele verzekerden grenzen te stellen aan de te leveren aanspraak op grond van het indicatiebesluit.

g. Het CVZ zal in afstemming met het CTZ en in het verlengde van zijn circulaire over early warning uit 2003 (nummer 03/28), uiterlijk in april 2006 een handreiking uitbrengen over de wijze waarop zorgkantoren de financiële posities van zorginstellingen kunnen volgen en de acties die zij op basis hiervan zonnodig kunnen nemen (monitoring continuïteit zorgverlening). Het CTZ zal in het verlengde hiervan de prestatie-indicatoren en wegingsfactoren formuleren die onder-

deel vormen voor het normenkader Prestatiemeting AWBZ.

h. In het verlengde van het onderzoek 'modelbedrijf AWBZ' dat momenteel in opdracht van VWS wordt uitgevoerd, zal VWS uiterlijk 1 mei 2006 een plan van aanpak gereed hebben met maatregelen ter vermindering van administratieve lastendruk in de AWBZ. Deze lastendruk wordt benaderd vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en in het verlengde daarvan de relaties van de zorgaanbieder met de verzekerde en het zorgkantoor. VWS waakt ervoor dat geen discrepantie ontstaat tussen de eisen die worden gesteld aan zorgaanbieders en de eisen die aan zorgkantoren worden gesteld in het kader van de registratie en verantwoording. VWS zal ZN en het CVZ hierbij betrekken. i. VWS zorgt ervoor dat concrete maatregelen worden getroffen zodat de indicatiestelling door het bureau jeugdzorg in 2006 gaat voldoen aan de voorwaarden (waaronder aanlevering via de AZR). Dit moet ertoe leiden dat alle bureaus jeugdzorg vanaf 1 juli 2006 werken conform het met ZN en het interprovinciaal overleg (IPO) afgesproken indicatieprotocol voor jeugdigen met psychiatrische problematiek. In dit protocol worden ook de eisen waaraan het indicatiebesluit volgens de AWBZ moet voldoen, opgenomen. CVZ maakt met ZN en met de MO-groep afspraken over hoe de aangeleverde informatie aan het zorgkantoor ook technisch conform de AZR is. VWS zal uiterlijk 1 februari 2006 een brief sturen naar het CVZ over de relevante aspecten rond de aanlevering van gegevens via het AZR en naar het CTZ met betrekking tot de consequenties die verbonden zijn aan het ontbreken van een rechtsgeldig indicatiebesluit.

Artikel 6. Ontwikkeling zorgregistratiesysteem

1. Op een aantal niveaus zijn verschillende partijen bij de ontwikkeling van het zorgregistratiesysteem betrokken. VWS en CVZ onderkennen het belang van AZR in de keten. Het is belangrijk dat het ketenproces en de verdere realisatie van het zorgregistratiesysteem goed geregisseerd wordt. VWS neemt deze regisseursrol op zich en bevordert de goede werking van de keten. Vanuit deze rol worden ook het gedrag en de besluiten van ketenpartijen en VWS bewaakt en beoor-

deeld op de gevolgen voor de keten. Waar het belang van de keten in het geding is of een besluit (onvoorziene) negatieve gevolgen oplevert voor een ketenpartner, spannen convenantpartijen zich in om de keten te laten functioneren. De relatie tussen VWS als strategisch beheerder en het CVZ als tactisch beheerder van AZR is vastgelegd in het 'Statuut AZR'. Partijen handelen naar dit statuut.

2. Het CVZ rapporteert aan de minister van VWS over de wachtlijsten in de AWBZ. Voor deze monitor leveren de zorgkantoren gegevens aan op basis van de AWBZ-brede zorgregistratie. Uitgangspunt daarbij is dat aanlevering plaatsvindt op verzekerdeniveau. Het CVZ versleutelt deze gegevens zodanig dat deze niet herleidbaar zijn tot een individueel persoon.

3. VWS, ZN en CVZ ondersteunen de zorgkantoren bij de bouw en de inrichting van de AZR en volgen de resultaten daarbij in relatie tot de daaraan per zorgkantoor bestede middelen.

4. ZN zal rekening houdend met het wetgevingstraject 'BSN in de zorg' en in samenwerking met VWS en CVZ, een voorstel ontwikkelen om het BSN op zo kort mogelijke termijn (in 2006) in te voeren. Daarbij wordt concreet gedacht aan introductie van het BSN in de AWBZ brede zorgregistratie (AZR) en het gebruik van het BSN bij de controle op verzekeringsrecht. VWS zal met het CIZ afspraken maken over gebruik en vastlegging van het BSN in de geautomatiseerde systemen en het berichtenverkeer van het CIZ.

5. VWS draagt, in overeenstemming met de geldende regelgeving rond verwerking van persoonsgegevens, zorg voor een adequate wettelijke basis voor de gegevensverwerking in de AWBZ.

6. VWS, CVZ en ZN spannen zich in om het gebruik van AZR te bevorderen bij indicatieorganen en zorgaanbieders en gaan na of terzake een wettelijke regeling moet worden getroffen. Centraal aandachtspunt is overdragen van informatie, zoals vastgelegd in de externe integratiestandaarden van de AZR.

7. ZN stelt al het mogelijke in het werk dat zorgkantoren in de informatieparagraaf van de overeenkomst met zorgaanbieders bindende afspraken maken over het leveren van produc-

tie-informatie en het gebruik van de AWBZ-brede zorgregistratie. Ook zal bevorderd worden dat zorgkantoren sancties gericht op de nakoming hiervan zullen opnemen.

8. In 2006 is er extra geld beschikbaar voor zorgkantoren (verhoging macro beheerskostenbudget) voor de ultieme vulling van de AZR en de doorontwikkeling van dit systeem. Dit moet een reductie van de administratieve lasten opleveren. In 2005 is er ook geld beschikbaar gesteld. Dit is gekoppeld aan de volgende doelen:

integrale verantwoording en verslaglegging;
 – afstemming met het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ);
 – de evaluatie van het convenant, van deze bespreking zal een verslag worden gemaakt;
 – afweging noodzakelijke investeringen ten opzichte van toekomstperspectief zorgkantoren en uitvoering AWBZ, waaronder ontwikkelingen rond de AZR;
 – plan van aanpak afbouw werkzaamheden zorgkantoren in verband met

nant voor 1 oktober 2006 evalueren. De evaluatie beziet mede of de hoogte van het voor dat jaar vastgestelde beheerskostenbudget in overeenstemming is met taken die zorgkantoren in dat jaar en in het daaropvolgende jaar, mede op basis van dit convenant, voor de uitvoering van de AWBZ moeten verrichten. Indien nodig maken partijen op basis hiervan nadere afspraken over de taakuitvoering door zorgkantoren in het komende jaar.

Prestaties van zorgkantoren 2005-2006	Realisatiedatum	Karakter
Gegevens aanleveren (landelijk aanleverbericht) aan CVZ	13 januari 2006	Resultaatsverplichting
In productie nemen nieuwe release AZR	20 februari 2006	Resultaatsverplichting bij een go beslissing van CVZ in januari 2006
Ultieme vulling AZR	1 april 2006 t/m 1 juni 2006	Inspanningsverplichting
In productie nemen van elektronisch berichtenverkeer tussen zorgkantoren en zorgaanbieders (melding aanvang zorg)	1 juni 2006	Inspanningsverplichting
Bewaking kwaliteit vulling AZR	Heel 2006	Inspanningsverplichting
Vervallen papieren indicatiebesluiten	Heel 2006	Inspanningsverplichting

Prestaties van zorgkantoren 2006	Realisatiedatum	Karakter
Vervallen papieren uitwisseling van gegevens	Ultimo 2006	Inspanningsverplichting
Bevorderen integratie AZR met andere systemen (nadere invulling eisen voor integratie door CVZ voor maart 2006)	Heel 2006	Inspanningsverplichting

Artikel 7. Tripartiete overleg

1. VWS, ZN en CVZ stellen een werkgroep in, genaamd werkgroep convenant zorgkantoren, waarin VWS, ZN en het CVZ zijn vertegenwoordigd. Het secretariaat van deze werkgroep wordt gevoerd door VWS. De werkgroep komt minimaal 1 keer per 2 maanden bijeen. Onderwerpen die daarbij in het bijzonder in de werkgroep aan de orde komen, zijn:
 – taken en verantwoordelijkheden zorgkantoren (zie tweede lid);
 – de monitoring van de uitgaven zorgkantoren;
 – voortgang en beoordeling van de vorderingen met betrekking tot de

overheveling eigen bijdrage intramuraal naar het CAK;
 – afspraken over desinvesteringen als gevolg van wijziging of beëindiging van werkzaamheden.

De werkgroep volgt de uitvoering van het convenant. Daarnaast vindt regelmatig (elk kwartaal) een directeurenoverleg tussen VWS, ZN en CVZ plaats. De werkgroep bereidt het directeurenoverleg voor. Indien daartoe aanleiding bestaat, nemen partijen het initiatief voor het organiseren en voorbereiden van een bestuurlijk overleg.

2. VWS, ZN en CVZ zullen de uitvoering en de werking van dit conve-

Artikel 8. Uitvoering nieuwe of gewijzigde taken

1. VWS streeft er naar de termijn die ligt tussen de aankondiging van VWS van nieuwe taken, dan wel substantiële wijziging van bestaande taken, voor de zorgkantoren en de daadwerkelijke uitvoering daarvan door zorgkantoren steeds zodanig vast te stellen dat deze ten minste zes maanden bedraagt. In geval van wijzigingen van substantiële omvang streeft VWS naar aankondiging van ten minste twaalf maanden voorafgaand aan invoering. Indien de termijn van zes maanden niet kan worden gehaald, maken VWS, CVZ en ZN afspraken over de termijn waarbinnen invoering van de gewijzigde of nieuwe taken, met het oog op een verantwoorde taakuitvoering, kan plaatsvinden.

2. VWS bepleit bij de daarmee belaste uitvoeringsorganen volksgezondheid, te bewerkstelligen dat zij de termijn die ligt tussen de voorgenomen wijziging van hun lagere regelgeving, zoals beleidsregels van het CTG/ZAio, en de daadwerkelijke implementatie daarvan, voor zover deze betrekking hebben op de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren, steeds zodanig vaststellen dat deze ten minste drie maanden bedraagt.

3. VWS maakt zich er sterk voor dat over het uitvoeren door VWS of de zelfstandige bestuursorganen van nieuwe onderzoeken of enquêtes bij zorgkantoren vooraf overleg plaatsvindt met ZN. VWS, CVZ en ZN stellen voorafgaand aan het jaar een jaarplanning op van gedurende het jaar uit te voeren onderzoeken en enquêtes.

4. VWS, CVZ en ZN overleggen over de consequenties en de eisen die ten aanzien van de taakuitoefening door zorgkantoren kunnen worden gesteld, indien zorgkantoren door oorzaken waarop zij geen invloed kunnen uitoe-

fenen, niet in staat zijn tot een adequate taakuitoefening conform het gestelde in artikel 3 en in de bijlage. 5. Het CVZ stelt een plan van aanpak op om de centrale uitvoering van de eigen bijdrageregeling voor AWBZ-zorg met verblijf uiterlijk per 1 januari 2008 door het CAK mogelijk te maken. VWS heeft de realisering van deze centralisering opgedragen aan het CVZ. Het CVZ stelt hiervoor in overleg met VWS, ZN, het CAK en de zorgkantoren een plan van aanpak op. Dit plan is uiterlijk in maart 2006 gereed. Het plan van aanpak bestaat uit een procesbeschrijving, analyse van de risico's en de wijze waarop deze zullen worden beheerst. De ondersteuning van de uitvoering door AZR, de overdracht van dossiers van zorgkantoren naar CAK alsmede de personele afbouw en financiering van desinvesteringen bij zorgkantoren behoeven daarbij aandacht. Hierover worden afspraken gemaakt in het kader van de beheerskosten. 6. In de werkgroep als bedoeld in artikel 7 komt onder andere aan de orde of alle investeringen die zorgkantoren in hun systemen zouden moeten doen ten behoeve van de volledige uitvoering van hun taken (met name vaststellen verzekeringsgerechtigdheid en registratie van verzekerden, het op verzekerdeniveau beschikbaar hebben van informatie over geïndiceerde en geleverde zorg en de kosten daarvan, het uitvoeren van de eigen bijdrageregeling) opwegen tegen de baten. Dit mede gezien de voorziene overgang van delen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en de WMO en de centralisering van de eigen bijdrageregeling voor AWBZ-zorg met verblijf. Bij afspraken over noodzakelijke investeringen wordt deze onzekerheid betrokken en worden afspraken gemaakt over financiering van eventuele desinvesteringen die optreden.

Artikel 9. Publicatie

De tekst van dit convenant wordt na ondertekening zo spoedig mogelijk gepubliceerd in de Staatscourant.

Artikel 10. Opzegging

1. Elke partij mag dit convenant met inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden schriftelijk tussentijds opzeggen, indien een zodanige verandering van omstandigheden is opge-

treden dat dit convenant billijkheids- halve op korte termijn behoort te eindigen. De opzegging moet de verandering in omstandigheden vermelden. 2. Wanneer een partij het convenant opzegt, beraden de overige partijen zich over de gevolgen daarvan voor het convenant.

Artikel 11. Wijziging convenant

Wijziging van dit convenant vindt alleen plaats bij schriftelijke afspraak tussen partijen.

Artikel 12. Geschilbeslechting

Partijen zullen geschillen in de eerste instantie zelf trachten op te lossen. Met wederzijds goedvinden kunnen ondertekende partijen besluiten een andere partij te vragen in een geschil te bemiddelen.

Artikel 13. Inwerkingtreding en looptijd

Dit convenant treedt, na ondertekening, onmiddellijk in werking en werkt voor zover mogelijk terug tot 1 januari 2006. Dit convenant eindigt in beginsel op 31 december 2008. Het gestelde onder c van de tweede overweging (besluitvorming over de toekomst van de AWBZ) kan ertoe leiden dat dit convenant tussentijds bijstelling behoeft of zelfs geheel zal worden opgezegd. In dat geval overleggen partijen hierover.

Artikel 14. Bijlage

Van dit convenant maakt deel uit de volgende bijlage:
– Bijlage Uitwerking taken en verantwoordelijkheden zorgkantoren

Den Haag, 28 maart 2006.

C.I.J.M. Ross-van Dorp.

Zeist, 28 maart 2006.

H. Wiegel.

Diemen, 28 maart 2006.

J.S.J. Hillen.

¹ Dit kader verkeert nog in de conceptfase.

² VWS heeft daarover afspraken gemaakt met de brancheorganisaties van zorgaanbieders (Convenant AWBZ 2005 - 2007). Onderdeel van de afspraken is dat aanbieders binnen het geldende budgettair kader zorg een gemiddelde doelmatigheidsontwikkeling realiseren van in totaal 2,5% meer mensen in zorg in 2005 en 2006 en zo nodig 1,25% voor 2007.

³ VWS heeft in zijn aanwijzing aan CTG/Zaio van 9 december 2005 (kenmerk MC/MO-2641215) uitgewerkt op welke wijze de contracteerruimte voor 2006 wordt vastgesteld.

Bijlage

Uitwerking taken en verantwoordelijkheden zorgkantoren

Voor de taken van zorgkantoren wordt uitgegaan van de taakomschrijving. Op enkele onderdelen is een volledige uitvoering van taken pas mogelijk na een zeker groeipad. Dit is mede afhankelijk van stimulerende maatregelen van VWS, CVZ en ZN en kan pas volgen na beschikbaarstelling (onder voorwaarden) van adequate (financiële) middelen voor de werkzaamheden van de zorgkantoren.

1. Vaststellen verzekeringsgerechtigdheid en registratie van verzekerden

De inschrijving van verzekerden geschiedt door de uitvoeringsorganen. Het zorgkantoor gaat voor het beoordeelen van de verzekeringsgerechtigdheid na of de betrokkene die een beroep doet op AWBZ-zorg, is ingeschreven als verzekerde voor de AWBZ. Dit is in het kader van de rechtmatige uitvoering van de verzekering een noodzakelijke taak.

Het vaststellen van de verzekeringsgerechtigdheid gaat gepaard met vastlegging van de persoonsgegevens van de verzekerde die AWBZ-zorg krijgt. Deze gegevens moeten ten minste de gegevens bevatten van het uitvoeringsorgaan AWBZ waar de verzekerde staat ingeschreven. Vanaf oktober 2001 moet het sociaal-fiscaal nummer in de administratie van de uitvoeringsorganen AWBZ zijn opgenomen; gezien de mandatering van de taken aan de zorgkantoren, rust deze verplichting tevens op de zorgkantoren.

Zorgkantoren hebben tot taak de verzekeringsgerechtigdheid van verzekerden die aanspraak maken op AWBZ te registreren. In de regeling administratie en controle uitvoeringsorganen AWBZ (Staatscourant 2004, nr. 166) staan de vereisten die dienaangaande zijn opgenomen. In aanvulling hierop is een handreiking opgesteld door het CVZ / CTZ. ZN bevordert dat zorgkantoren in de overeenkomst met zorgaanbieders de noodzakelijke bepalingen opnemen dat zorgaanbieders de noodzakelijke gegevens aanleveren.

2. Vaststellen en innen van eigen bijdragen

De bevoegdheid tot het vaststellen en innen van eigen bijdragen berust bij de uitvoeringsorganen. Zorgkantoren voeren deze taak op grond van de mandaatovereenkomst uit.

De *intramurale bijdrageregeling* wordt vooralsnog door de zorgkantoren uitgevoerd. Met behulp van een beperkt aantal gegevens van de verzekerde – NAW-gegevens, geboortedatum, sofinummer, verzekeringsgegevens en eventueel inkomen uit tegenwoordige arbeid – worden via het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK) bij de Belastingdienst de benodigde inkomensgegevens opgevraagd. De zorgkantoren berekenen op basis hiervan het bijdrageplichtig inkomen. Zorgkantoren passen de nieuwe procedures toe voor de informatie-uitwisseling met het CAK en de Belastingdienst.

Zorgkantoren werken mee aan de uitvoering van het plan van aanpak als bedoeld in artikel 8, vijfde lid van het convenant inzake centralisering van de eigen bijdrageregeling AWBZ-zorg met verblijf.

De oplegging en inning van de *eigen bijdrage zonder verblijf* geschiedt door het CAK. De zorgkantoren spreken met instellingen af dat deze tijdig (binnen vier weken na afloop van een periode van vier weken) de benodigde gegevens aanleveren conform de procedure zoals is opgelegd door het CAK. Indien zorginstellingen niet tijdig, volledig en juist de noodzakelijke gegevens voor het opleggen van de eigen bijdragen aan het CAK verstrekken nemen zorgkantoren op verzoek van het CAK passende maatregelen om de levering van die gegevens af te dwingen. Zorgkantoren maken daarover afspraken in de overeenkomst.

3. Verstrekken van informatie

Zorgkantoren zijn in hun regio in toenemende mate het aanspreekpunt voor vragen op het terrein van de uitvoering van de AWBZ en de subsidieregeling Persoonsgebonden Budget (PGB). De voorlichtings- en adviesfunctie van een zorgkantoor voor de verzekerden zal in de directe toekomst belangrijker en omvangrijker worden. Een zorgkantoor levert de informatie over de aanspraken en de hoogte van de eigen bijdragen op adequate wijze,

dat wil zeggen voldoende en begrijpelijk. Ook het verstrekken van informatie over het gecontracteerde zorgaanbod, de verschillende mogelijkheden voor het verkrijgen van zorg of zelf doen regelen van zorg behoort tot de taak van het zorgkantoor. Het vervullen van deze taak heeft prioriteit.

Het zorgkantoor heeft een folder beschikbaar over hoe het werkt in de AWBZ. Zorgkantoren vullen deze informatie aan met mogelijkheden over het krijgen van zorg en mogelijkheden in hun werkgebied. Zorgkantoren publiceren informatie over het gecontracteerde zorgaanbod op hun website en door middel van een folder die langs verschillende kanalen beschikbaar is voor verzekerden (CIZ, huisarts, zorginstellingen). Actuele informatie over wachttijden komt beschikbaar via de website van het zorgkantoor.

4. Opstellen van een beleidsvisie en een jaarplan

Het zorgkantoor stelt één maal in de vier jaar een beleidsvisie op. De beleidsvisie vervult een cruciale rol in de uitvoering van verschillende werkzaamheden van een zorgkantoor. De zorgkantoren betrekken bij het opstellen van hun beleidsvisie ook de resultaten van een cliëntenraadpleging en geven daarbij aan wat ze met de input hebben gedaan. Deze visie bevat een visie op ontwikkelingen in de zorg, een overzicht van (de veranderingen in) het zorgaanbod en de wenselijke aansluiting van typen zorgvragen en aanbod op elkaar.

Jaarlijks geeft het zorgkantoor in een zogenoemd jaarplan aan hoe het in concrete zin gestalte geeft aan de beleidsvisie. Dit jaarplan is tijdig, voor de aanvang van het nieuwe jaar, beschikbaar. Vast onderdeel van het jaarplan vormt het door het zorgkantoor opgestelde contracteer- en inkoopbeleid (zie hierover onderdeel 5). Het inkoopplan concretiseert de zorgbehoefte in de regio. Daarnaast worden de resultaten van de cliëntenraadpleging verwerkt. Dit jaarplan vormt de basis voor de verantwoording in het uitvoeringsverslag dat samen met de financiële verantwoording in het gemoderniseerde toezicht centraal staat.

Binnen het beleid van de staatssecretaris met betrekking tot diversiteit in wonen met zorg verheldert het

zorgkantoor hoe de verschuiving van verblijfszorg naar zorg thuis of speciale woonvormen met zorg thuis gestalte krijgt. Het zorgkantoor geeft aan op welke wijze ze daarbij gebruik maakt van de beleidsregel zorginfrastructuur en hoe ze projecten wil bevorderen die bijdragen aan de verschuiving van intramuraal naar zorg thuis. VWS, ZN en CVZ ontwikkelen een gezamenlijk referentiekader, met het accent op eenheid van taal, voor de raming van de behoefte in een regio aan vormen van (geclusterd) wonen met zorg en verblijfszorg. Dit referentiekader is bruikbaar voor zorgkantoren en voor afstemming met gemeenten.

5. Inkopen van zorg

Vereisten voor inkopen van zorg

Onverminderd het bepaalde in artikel 6 van het convenant waarin de onderwerpen zijn opgesomd waarover in de overeenkomst afspraken worden gemaakt, gaat het bij de inkoop van zorg om de volgende aspecten.

a. Inkopen van voldoende zorg

Het zorgkantoor heeft als taak het, binnen wettelijke randvoorwaarden, inkopen van een zodanig volume aan zorg, dat allen met een indicatie tijdig ofwel binnen een redelijke termijn de benodigde zorg kunnen ontvangen. Door middel van het sluiten van contracten en het maken van productieafspraken wordt zorg ingekocht bij AWBZ-toegelaten aanbieders. Het zorgkantoor neemt bij de zorginkoop als uitgangspunt de beschikbare financiële contracteerruimte, zoals bedoeld in artikel 6, tweede lid, van het convenant.

Het zorgkantoor koopt de zorg in met de instrumenten en binnen de mogelijkheden die de WTG daartoe biedt. Het zorgkantoor bereidt zich in 2006 voor op de invoering van zorgzwaartepakketten in de intramurale bekostiging en zorgt er aldus voor dat het met ingang van 2007 op deze nieuwe bekostigingssystematiek kan overstappen. Dit onder de voorwaarde dat VWS tijdig (minimaal 6 maanden vooraf) bekend maakt hoe de financieringssysteematiek er uit ziet en welke rol zorgkantoren vervullen. Zorgkantoren worden in menskracht en middelen in staat gesteld om uitvoering te geven aan het VWS-beleid.

Het zorgkantoor volgt bovendien

actief, in ieder geval ieder kwartaal, of de afgesproken productie daadwerkelijk wordt geleverd en past zonedig de maandelijkse bevoorschotting hierop aan. Voor verzekerden waar de zorg niet tijdig kan worden ingezet, spant het zorgkantoor zich in om te komen tot passend zorgaanbod. Dit kan zijn een zorgaanbod op een andere plaats of zorg die ter overbrugging van de wachttijd wordt ingezet. Het zorgkantoor beschrijft hiervoor de procedures (zie taak 11). Het zorgkantoor stelt zich actief op bij zorginstellingen die werkzaam zijn in meerdere zorgkantoorregio's en extra productie willen in een andere zorgkantoorregio. De betreffende zorginstelling verheldert hoe de totale productie is verdeeld over de diverse zorgkantoorregio's en hoe de instelling de vraagontwikkeling in de diverse regio's inschat. Daar waar overeenstemming bestaat over extra productie, maken zorgkantoren afspraken over de benodigde overheveling van contracteer ruimte zodat de betreffende bovenregionaal werkende aanbieder de afgesproken productie kan leveren.

Het contracteerbeleid van het zorgkantoor (zie hierna) is mede gericht op het mogelijk maken van een pluriform zorgaanbod in zijn regio. Het zorgkantoor zal verzekerden zodanig en tijdig informeren over het gecontracteerde zorgaanbod, dat een verzekerde een afweging en een keuze kan maken uit het gecontracteerde zorgaanbod (zie taak 3).

Zorgkantoren hebben een inspanningsplicht om binnen de financiële contracteer ruimte te blijven. Zolang er sprake is van financiële contracteer ruimte, kunnen knelpunten in relatie tot het invullen van de wettelijke aanspraken, mits goed onderbouwd en in relatie tot de inspanningen van het zorgkantoor en tot wachtlijsten en wachttijden, worden ingediend bij CTG/ZAio. De bevoegdheden van CTG/ZAio ter zelfstandige beoordeling van deze verzoeken worden niet op voorhand uitgewerkt. De staatssecretaris zal beoordelen of extra financiële middelen ter beschikking worden gesteld.

b. Inkopen van doelmatige zorg

Beide partijen, zorginstellingen en zorgkantoren, hebben de verantwoordelijkheid om de doelmatigheid een gemeenschappelijke plaats te geven in het proces van contracteren van zorg.

De opdracht aan de zorgkantoren is het realiseren van een doelmatig zorgaanbod in aansluiting op de vraag van de cliënten. Vanuit die opdracht moeten zorgkantoren ernaar streven dat:

- a) tijdig wordt voorzien in de zorgvragen
- b) op passende wijze (effectieve zorg en kwaliteit)
- c) met een passende inzet van middelen.

Zorgkantoren en aanbieders maken in dat kader afspraken, gebaseerd op de uitgangspunten:

- a) met welke mix van zorgprestaties wordt het best aan de totale zorgvraag tegemoet gekomen en
- b) met welke prijs/kwaliteit van zorgprestaties wordt zo doelmatig mogelijk in de zorgvraag voorzien.

c. Kwaliteit

Zorgkantoren zullen bij het contracteren van zorg bevorderen dat zorgaanbieders tot kwaliteitsborging komen. Hiertoe worden met instellingen afspraken gemaakt over de wijze waarop de komende jaren wordt toegroeid naar de toepassing van een kwaliteitssysteem waaraan een externe toetsing is verbonden, met inbegrip van cliëntmonitoring over de geleverde zorg (prestatie indicatoren). Het zorgkantoor kan hierbij de leidraad volgen die ZN heeft opgesteld.

d. Opstellen contracteerbeleid

Voor de zorginkoop ontwikkelt het zorgkantoor tijdig een transparant, non discriminatoir en toetsbaar contracteerbeleid waarin bestaande en nieuwe aanbieders op gelijke manier worden behandeld. Het zorgkantoor kan daarbij de leidraad van ZN benutten en houdt daarbij rekening met de continuïteit van zorg. Uitgangspunt is het afstemmen van de zorg op de voorkeuren van de cliënten. Pluriformiteit van gecontracteerd zorgaanbod kan bijdragen tot het maximeren van de keuzevrijheid voor cliënten. In het contracteerbeleid legt het zorgkantoor minimaal vast:

- op basis van welke criteria een aanbieder in aanmerking komt voor een contract;
- aan welke eisen een zorgaanbieder dient te voldoen op het gebied van kwaliteit, administratie, continuïteit, leveringsvoorwaarden, informatieaanlevering;

- welke voorwaarden worden opgenomen in de overeenkomst;
- de procedure die wordt gehanteerd voor de zorginkoop;
- de wijze van financiering/bevoorschotting van de instelling;
- gevolgen/sancties voor de aanbieder van zorg bij het (gedeeltelijk) niet nakomen van het contract.

Jaarlijks stelt het zorgkantoor vast welke zorg in welke omvang ze wenst te contracteren. Hierbij wordt vastgelegd:

- de aard en omvang van de zorgvraag in de regio, in ieder geval gebaseerd op gegevens over de indicatiestelling, beschikbare zorgaanbod, gerealiseerde zorg en demografische gegevens;
- de gewenste veranderingen die het zorgkantoor in aard, omvang en spreiding van het regionale zorgaanbod wenst te stimuleren en de wijze waarop het zorgkantoor dit denkt te realiseren.

ZN zal de zorgkantoren faciliteren bij de uitvoering van deze taken.

6. Voeren van overleg met betrokken partijen

De overleggen zijn gericht op een zo adequaat mogelijke invulling van de zorgplicht. Met zorgaanbieders voert het zorgkantoor overleg over het meerjarenbeleid en de budgetten. Het zorgkantoor overlegt met de instellingen en aanbieders van zorg over de te sluiten overeenkomsten en de daarin vast te leggen omvang van de productie, de bekostiging en de verantwoording. Het zorgkantoor voert overleg met (regionale) vertegenwoordigers van patiënten en consumenten over ontwikkelingen aan de vraagkant en ervaringen met bestaande vormen van hulpverlening. Dit overleg vindt ten minste twee maal per jaar plaats, waarin de voornoemde onderwerpen en de concrete acties die daaruit volgen aan de orde zijn.

Naast deze structurele overleggen hebben zorgkantoren regelmatig afstemmingscontacten met het CIZ en zorgaanbieders over ontwikkelingen aan de vraagkant.

7. Adviseren over het toelaten van instellingen

Waar dat in de beleidsregels staat aangegeven voorzien de zorgkantoren de Minister van advies op aanvragen

om toelating op grond van de WTZi. De advisering over de toelating van instellingen betreft een reguliere taak. Als er op korte termijn veranderingen in het toelatingsbeleid ontstaan, zullen deze aansluiten op het toenemende belang voor de uitvoeringsorganen/zorgkantoren om zorg te dragen voor een voldoende gecontracteerd zorgaanbod.

8. Beschikken over adequate bedrijfsadministratie en inhoudelijke registraties

De administratie van een zorgkantoor zal zodanig moeten zijn ingericht dat het zorgkantoor gegevens kan verstrekken over de aan een verzekerde geleverde zorg en de kosten daarvan. Het zorgkantoor beschikt daartoe over een adequate bedrijfsadministratie waarin een verband ligt tussen de inhoudelijke zorgregistratie en het financieel beheer.

Een zorgkantoor draagt zorg voor een inhoudelijke zorgregistratie voor alle AWBZ-sectoren conform artikel 7 van het convenant. Partijen gaan daarbij consequent na of de beschikbaarheid van adequate informatiesystemen en de informatievoorziening bijzondere eisen met zich brengen waaraan de zorgkantoren moeten voldoen.

Een zorgkantoor moet voor de eigen, op basis van het Administratiebesluit toebedeelde taken en de taakuitvoering waartoe het door de uitvoeringsorganen AWBZ is gemandateerd en gemachtigd, beschikken over een adequate bedrijfsadministratie met een bijbehorend systeem van interne controlemaatregelen

Zorgkantoren zorgen aldus voor de administraties en registraties die nodig zijn voor een goede AWBZ-uitvoering en transparante publieke verantwoording hierover. De administratie is ingericht om te voldoen aan de verantwoordingseisen die het CTZ stelt en zoals beschreven in taak 9.

9. Zorgdragen voor (publieke) verantwoording

De zorgkantoren dragen zorg voor de verantwoording over de uitvoering van de AWBZ via een uitvoeringsverslag en een financiële verantwoording met daarin opgenomen een bestuurlijke verantwoording. Op grond daarvan vormt het CTZ zich als toezichthouder een oordeel over de

rechtmatigheid en de doelmatigheid van de uitvoering van de AWBZ.

De zorgkantoren moeten in hun financiële verantwoording tevens verantwoording afleggen over de rechtmatigheid van de bestedingen. De aan de rechtmatigheidsverantwoording te stellen eisen zijn nu opgenomen in de handleiding financiële verantwoording zorgkantoren. Bij de verantwoordingen over 2006, evenals over 2005, zal de accountant een gecombineerde verklaring over de getrouwheid en rechtmatigheid moeten geven, alsmede een rapport moeten opstellen over de ordelijkheid en controleerbaarheid van het gevoerde financieel beheer. De verantwoording 2006 wordt ingericht conform de door het CTZ in samenspraak met het CVZ opgestelde verantwoordingsvoorschriften. Deze zijn gebaseerd op het rapport 'rechtmatigheidsverklaring in de AWBZ' van december 2004 van de gelijknamige werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van VWS, CVZ en CTZ. Partijen hebben ingestemd met de aanbevelingen en de conclusies van de werkgroep. Het rapport zal ook voor volgende jaren als uitgangspunt blijven dienen.

De verantwoordingen, eventueel aangevuld met gerichte toezichtonderzoeken, vormen de basis voor de beoordeling door het CTZ van het functioneren van het zorgkantoor. Deze beoordeling strekt zich uit over de uitvoering van de eigen, op basis van het Administratiebesluit toebedeelde taken en de taakuitvoering waartoe het door de uitvoeringsorganen AWBZ is gemandateerd en gemachtigd. Het CTZ geeft indien zijn toezichtoordeel daartoe aanleiding geeft, ook concreet aan op welke punten de taakuitoefening van het zorgkantoor verbetering behoeft en hoe daaraan invulling dient te worden gegeven. Voor het zorgkantoor zijn deze uitspraken van het CTZ bindend. Het zorgkantoor stelt alles in het werk om de in het kader van het toezicht geconstateerde verbeterpunten aan te pakken.

10. Monitoring continuïteit zorgverlening en controles

10a Monitoring continuïteit zorgverlening

Zorgkantoren hebben tot taak de financiële positie van de zorginstellingen te volgen (CVZ-circulaire 2003

nummer 03/28). Het CVZ zal in samenspraak met het CTZ uiterlijk in april 2006 een handreiking uitbrengen over de wijze waarop zorgkantoren hieraan invulling kunnen geven. De volgende uitgangspunten zijn van belang. Zorgkantoren verzamelen op structurele wijze informatie over het financiële en organisatorische reilen en zeilen van zorginstellingen. Zorgkantoren doen dit zoveel mogelijk op basis van reguliere informatie van zorgaanbieders (maandelijkse productiecijfers, gegevens nacalculatie, transparantievereisten WTZi en de informatie uit de AZR). De administratieve last blijft daardoor voor de zorginstellingen beperkt. Indien uit deze gegevens blijkt dat bij een zorginstelling sprake is van een verhoogd risico op discontinuïteit, wordt de instelling geïnformeerd. Het zorgkantoor vraagt zonodig aanvullende informatie. Alle informatie die het zorgkantoor vraagt, betreft ook dan informatie die bij een normale bedrijfsvoering binnen de zorginstelling wordt vastgelegd. Indien de beoordeling daar aanleiding toe geeft, onderneemt het zorgkantoor actie.

10b. Controle (waaronder controles op indicatiestelling)

Zorgkantoren voeren controles uit conform de regeling administratie en controle uitvoeringsorganen AWBZ (Staatscourant 2004, nr. 166) van CVZ en CTZ en verbinden hieraan zo nodig (financiële) consequenties.

Tot de taak van het zorgkantoor behoort ook het uitvoeren van controles teneinde vast te stellen of aan de verleende zorg een indicatie ten grondslag ligt. De indicatie is immers een van de voorwaarden voor het tot gelding brengen van de aanspraak en daarmee voor de financiering van zorg.

In de opbouw van de (gecentraliseerde) indicatiestelling blijkt dat nog niet alle cliënten die zorg ontvangen, beschikken over een geldig indicatiebesluit. Daarnaast kan de uitkomst van een herindicatie leiden tot ongewenste consequenties voor verzekerden. In samenspraak tussen VWS, CVZ en ZN is geformuleerd dat zorgkantoren de volgende werkwijze hanteren:

1. Indien een herindicatie tot vermindering of beëindiging van de zorg leidt, dient de zorginstelling in overleg met de verzekerde afspraken te maken

over de effectivering daarvan. Indien omstandigheden daartoe aanleiding geven (bijvoorbeeld indien overplaatsing naar andere noodzakelijke zorg- of hulpverlening niet op korte termijn mogelijk is), kan daarbij een naar redelijkheid te bepalen overgangspe-riode worden gehanteerd. Het zorgkantoor maakt daarvoor vanuit zijn verantwoordelijkheid voor een zorgvuldige uitvoering van de AWBZ nadere afspraken met de zorginstellingen.

2. Indien een herindicatie leidt tot het vervallen van de indicatie voor de functie behandeling, vervalt in principe het recht op behandeling in een intramurale voorziening. Echter, indien de verzekerde is aangewezen op voortzetting van zijn verblijf in de instelling, behoudt de verzekerde zijn aanspraken op artikel 15 BZA.

Voorwaarden zijn dat sprake is van een indicatie voor de functie verblijf en dat de instelling is toegelaten voor minimaal de functies verblijf en behandeling. Deze aanpak geldt zolang de financiering verloopt via een integraal tarief voor de levering van verblijf en behandeling (bijvoorbeeld verpleeghuis of een intramurale instelling voor gehandicaptenzorg).

3. Voor cliënten die in zorg zijn, maar niet beschikken over een rechtsgeldig indicatiebesluit, is een oplossing gezocht door het creëren van de zogenaamde legitimatielijsten. Cliënten die op de peildatum zorg ontvingen zonder rechtsgeldige indicatie, zijn in kaart gebracht. De zorg bij deze cliënten is 'gelegitimeerd' (tijdelijk gedoogd) waardoor deze voor rekening van de AWBZ kan worden geleverd. Voor alle sectoren zijn de legitimatielijsten reeds vastgesteld.

Voor 2006 geldt de hierna beschreven werkwijze ten aanzien van cliënten die op 1 januari 2006 in zorg waren. Het zorgkantoor gaat bij de controles op indicatiestelling na of de cliënt ofwel een geldig indicatiebesluit heeft ofwel tijdelijk gelegitimeerd is via de legitimatielijst. Als uit de controles die zorgkantoren houden bij aanbieders, blijkt dat cliënten die zijn gecontroleerd geen geldig indicatiebesluit hebben en ook niet vermeld staan op de legitimatielijst, dan spreken zorgkantoor en zorgaanbieder af binnen welke termijn (maximaal 1 maand) de zorgaanbieder ervoor zorgt dat de gehele cliëntenpopulatie een geldig

indicatiebesluit heeft of is aangemeld bij het CIZ voor een indicatiestelling.

In het geval de zorgaanbieder dit niet binnen de gestelde termijn aantoot, verbindt het zorgkantoor hieraan financiële consequenties. De zorg die zonder indicatiebesluit of plaatsing op de legitimatielijst wordt geleverd, wordt niet vergoed door het zorgkantoor. Deze consequentie loopt vanaf het moment dat de periode van 1 maand is verstreken, tot het moment dat de zorgaanbieder kan aantonen dat de cliënt is aangemeld bij het CIZ, dan wel tot het moment waarop de cliënt over een rechtsgeldig indicatiebesluit beschikt.

11. Het zorgkantoor voert subsidieregelingen uit in het kader van de AWBZ

Het zorgkantoor voert de subsidieregelingen op basis van eigen verantwoordelijkheid uit. Jaarlijks stelt de minister van VWS de nieuwe subsidieregelingen of de aanpassing van bestaande subsidieregelingen vast. VWS en het CVZ dragen er zorg voor dat de zorgkantoren tijdig op de hoogte zijn van voorgenomen wijzigingen in de subsidieregelingen. Over de afbouw van subsidieregelingen worden tijdig nadere afspraken gemaakt.

12. Het zorgkantoor draagt zorg voor een adequaat wachtlijstbeheer in de regio

Het zorgkantoor voert hiertoe voor de sector verpleging en verzorging, de sector geestelijke gezondheidszorg en de sector gehandicaptenzorg de volgende werkzaamheden uit:

- Het opbouwen en onderhouden van een bestand van geïndiceerde zorgvragers, alsmede van cliënten waarvoor de zorg is aangevangen.

- Zorgdragen voor tijdige en adequate informatievoorziening aan cliënten over de procedure, (periodieke) informatie over de stand van zaken en informatieverstrekking op verzoek.
- Bemiddeling op individueel niveau/zorgtoewijzing: Het zorgkantoor zorgt ervoor dat verzekerden hun aanspraken kunnen realiseren conform de indicatie. Indien de geïndiceerde zorg niet tijdig kan worden geleverd, voorziet het zorgkantoor – in overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger – in een vorm van overbruggingszorg / second best oplossing.

Zorgkantoren hebben tot taak zich maximaal in te spannen de zorgaanbieders aan te spreken op de voor de zorgregistraties benodigde aanlevering van gegevens (melding aanvang zorg).

13. Het zorgkantoor stelt een Raad van Advies in op grond van het door ZN opgestelde Basisreglement Raad van Advies zorgkantoor

Een zorgkantoor stelt een Raad van Advies in en draagt zorg voor de benodigde informatievoorziening aan deze Raad.

Daarbij heeft de Raad van Advies de taak om gevraagd en ongevraagd te adviseren over:

- De aard en inhoud van de beleidsvisie en de jaarplannen van het zorgkantoor
- De uitgangspunten die het zorgkantoor hanteert bij het contracteerbeleid en de uitvoering van subsidieregelingen
- De opzet, uitvoering en resultaten van gebruikersevaluatie door het zorgkantoor
- Voorgenomen wijzigingen van het reglement betreffende de Raad van Advies.

De Raad van Advies speelt geen rol bij de inhoud van of de procedure rond het sluiten van individuele overeenkomsten met zorgaanbieders. Verder is uitgangspunt dat de vertegenwoordiger van de zorgaanbieders in de Raad van Advies, in het bijzonder waar het gaat om het vaststellen van het contracteerbeleid, in de Raad van Advies geen ongerechtvaardigd voordeel kan behalen voor de individuele instelling waar hij of zij werkzaam is. Zonodig worden in het Basisreglement Raad van Advies zorgkantoor nadere afspraken vastgelegd.

14. Cliëntraadpleging

Het zorgkantoor voert éénmaal per twee jaar een cliëntenraadpleging uit over de uitvoering van het PGB. De eerstvolgende cliëntenraadpleging wordt uitgevoerd door ZN conform de afspraken in artikel 4 van het convenant. De resultaten daarvan zijn in februari 2007 beschikbaar. Over de uitvoering en de resultaten van de cliëntenraadpleging en de daaruit voortvloeiende acties informeert het zorgkantoor zijn Raad van Advies.