

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1912

Vragen van het lid **Vietsch** (CDA) aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *mogelijke fraudemogelijkheden in de AWBZ*. (Ingezonden 15 juli 2003)

1
Hoeveel procent van de rekeningen van instellingen, en met name van de thuiszorgorganisaties, wordt door het zorgkantoor getoetst op rechtmatigheid (controle gegevens cliënt op recht AWBZ-zorg)?

2
Hoeveel procent van de rekeningen van instellingen, en met name van de thuiszorgorganisaties, wordt door het zorgkantoor getoetst aan de door de Regionale Indicatie Organen (RIO's) afgegeven indicaties?

3
Op welke wijze wordt gecontroleerd dat de uren thuiszorg die in rekening worden gebracht bij het zorgkantoor overeenkomen met de uren die de thuisorganisaties melden aan het Centraal Administratie kantoor (CAK) voor de berekening van de eigen bijdrage en die door de cliënten thuis worden gecontroleerd?

4
Hoeveel rekeningen (bedrag en percentage) van de thuiszorg uit 2002, 2001, 2000 of eerder moeten nog gefactureerd, c.q. betaald worden?

5
Van hoeveel rekeningen (bedrag en percentage) van de thuiszorg uit 2002, 2001, 2000 of eerder moet de eigen bijdrage nog gefactureerd, c.q. betaald worden?

6
Welke bedrag per jaar aan rente gaat verloren met de verlate inning van de eigen bijdrage?

7
Wanneer gaat het zorgkantoor in plaats van het CAK de eigen bijdrage van de thuiszorg in rekening brengen?

Antwoord

Antwoord van staatssecretaris **Ross-van Dorp** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). (Ontvangen 15 september 2003), zie ook Aanhangsel Handelingen nr. 1729, vergaderjaar 2002–2003

1
Toetsing van AWBZ-verzekering op het niveau van individuele rekeningen, vindt niet plaats, omdat een thuiszorginstelling geen individuele rekeningen voor geleverde zorg uitschrijft. De hoofdregel luidt dat AWBZ-verzekering ontstaat indien betrokkene voor de toepassing van de AWBZ als ingezetene van Nederland wordt aangemerkt. Inschrijving bij een zorgverzekeraar en de inschrijving als

AWBZ-verzekerde zijn aan elkaar gekoppeld. Bij de inschrijving als verzekerde bij een zorgverzekeraar, stelt deze als uitvoeringsorgaan AWBZ tevens vast of betrokkene voldoet aan de eisen van de AWBZ-verzekering. Op deze wijze wordt de rechtmatigheid van de inschrijving getoetst.

Indien een verzekerde een beroep doet op de intramurale AWBZ-zorg, geeft het zorgkantoor dit aan het uitvoeringsorgaan AWBZ waar de verzekerde is ingeschreven door ter verificatie van de eisen van de AWBZ-verzekering. Hiervoor gelden vaste administratieve procedures en bijbehorende formularia die een sluitende controle waarborgen. Voor de thuiszorg – extramurale AWBZ-zorg – geldt deze toetsing niet. De zorgkantoren controleren op dit moment niet of de cliënten die een beroep doen op onder andere thuiszorg verzekerd zijn ingevolge de AWBZ.

In het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren is afgesproken dat zorgkantoren ook de verzekeringsgerechtigdheid van cliënten die een beroep doen op extra- of semimurale zorg, zullen gaan vaststellen. Het College voor zorgverzekeringen stelt voor de gefaseerde invoering daarvan een plan van aanpak op. Over de uitvoering van het Convenant informeer ik de Kamer periodiek als onderdeel van de

voortgangsrapportages van het Groot Project modernisering AWBZ. In de praktijk zorgt het hierbovengeschetste systeem er voor dat de risico's dat AWBZ-zorg wordt verleend zonder dat daar recht op bestaat, nagenoeg afwezig zijn. Om die reden had een dergelijke toets geen prioriteit bij de uitvoering van het genoemde convenant.

2

Toetsing van een thuiszorgindicatie op het niveau van individuele rekeningen, vindt niet plaats, omdat een thuiszorginstelling geen individuele rekeningen uitschrijft. In hoofdlijnen kan het systeem als volgt worden omschreven. Een verzekerde die thuiszorg nodig heeft, wendt zich tot een regionaal indicatiorgaan (RIO) voor de indicering. Het RIO registreert bij welke zorgverzekeraar de verzekerde is ingeschreven. De indicatie is voor de AWBZ-verzekerde vereist om de zorg te krijgen. De verzekerde gaat met de gegeven indicatie naar de zorginstelling. De verantwoordelijkheid voor de vaststelling of cliënten in continuïteit beschikken over een geldige indicatie ligt primair bij de zorgaanbieder. De zorgaanbieder dient de zorgverlening op de gegeven indicatie te baseren. In het «Protocol getrouwheidsonderzoek rechtmatigheidsverantwoording zorgkantoren 2003» is opgenomen dat zorgkantoren het aan een zorgaanspraak ten grondslag liggen van een indicatie procedureel dienen te toetsen en dat de controle door het zorgkantoor bij zorgaanbieders op de aanwezigheid van geldige indicaties in continuïteit dient plaats te vinden. Het systeem zoals in het protocol is neergelegd waarborgt dat alleen verzekerden die recht hebben op zorg daar aanspraak op maken. Indien een cliënt geen aanspraak zou hebben op de zorg volgt dat automatisch uit het bovengeschetste systeem. Het CTZ houdt toezicht op de werkzaamheden van de uitvoeringsorganen AWBZ en de zorgkantoren.

3

Het zorgkantoor maakt onder andere afspraken met de thuiszorginstellingen over de te leveren productie aan zorguren en het tarief daarvoor. De daadwerkelijk geleverde zorguren worden nagecalculeerd (zie ook het antwoord op vraag 4) aan de hand van de

jaarrekening van de betreffende thuiszorginstelling, die van een goedkeurende accountantsverklaring moet zijn voorzien. Na goedkeuring hiervan door het zorgkantoor wordt betreffende jaarrekening naar het College tarieven gezondheidszorg gestuurd, die de definitieve nacalculatie vaststelt. De gegevens op cliëntniveau – verleende zorguren en zorgproducten – gaan in verband met de uitvoering van de eigenbijdrageregeling van de instelling rechtstreeks naar het CAK. Het zorgkantoor heeft hierin geen rol. In mijn brief van 16 juni 2003 (Kamerstuk 26 631, nr. 48) heb ik aangegeven dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een verbetertraject voor de inning van de eigen bijdrage thuiszorg is gestart. Onderdeel van dit traject is dat niet nakomen van het tijdig aanleveren van gegevens noodzakelijk voor de eigen bijdrage thuiszorg consequenties voor de bevoorschotting van de thuiszorginstellingen moet hebben (zie ook antwoord op vraag 4). Met deze aanpak zullen instellingen voor bijdrageplichtige uren alleen geld ontvangen indien deze uren bekend zijn bij het CAK.

4

Van facturering en betaling van rekeningen van de thuiszorg is in de geldende systematiek geen sprake, omdat de thuiszorgorganisaties geen rekeningen uitschrijven voor geleverde thuiszorg. Thuiszorginstellingen krijgen een budget op basis van gemaakte productieafspraken. Dat budget krijgen de thuiszorginstellingen via bevoorschotting in 12 termijnen uitbetaald. Lopende het jaar t vindt reeds voorlopige nacalculatie plaats op basis van voorlopige realisatiecijfers. Het budget wordt dan reeds herberekend en eventuele verschillen worden met instellingen verrekend. Vervolgens wordt het budget definitief herberekend op basis van de werkelijk geleverde productie (definitieve nacalculatie). De verschillen tussen de definitieve nacalculatie en de eerste herberekening van de budgetten in jaar t, zijn over het algemeen zeer gering.

5

Voor de beantwoording van vraag 5 is informatie opgevraagd bij het CAK.

Informatie op het niveau van rekeningen (bedragen en percentages) is niet voorhanden, omdat de thuiszorgorganisaties geen rekeningen uitschrijven voor geleverde thuiszorg. Overigens verwijs ik ook naar mijn bovengenoemde brief van 16 juni 2003 en de daarbij gevoegde Kernmonitor van het CVZ. De gegevens die het CAK BZ bv in juli 2003 aanleverde, bieden het volgende beeld.

Voor 2000 is voor 1,2% van het totaal aangeleverde zorguren nog geen factuur voor de eigen bijdragen verzonden. Uitgaande van de gemiddelde eigen bijdrage voor dat jaar vertegenwoordigen de nog niet gefactureerde zorguren een bedrag van € 1,1 miljoen.

Voor 2001 is voor 4,8% van het totaal aangeleverde zorguren nog geen factuur voor de eigen bijdragen verzonden. Uitgaande van de gemiddelde eigen bijdrage voor dat jaar vertegenwoordigen de nog niet gefactureerde zorguren een bedrag van € 4,6 miljoen.

Voor 2002 is voor 5,8% van het totaal aangeleverde zorguren nog geen factuur voor de eigen bijdragen verzonden. Uitgaande van de gemiddelde eigen bijdrage voor dat jaar vertegenwoordigen de nog niet gefactureerde zorguren een bedrag van € 6,8 miljoen.

6

Omdat er in de regelgeving niet wordt uitgegaan van duidelijke termijnen waarbinnen de eigen bijdrage moet worden vastgesteld, gefactureerd en geïnd, is het moeilijk om te spreken van verlate inning. Zouden we er vanuit gaan dat over de betreffende periode rente zou moeten worden betaald, dan zou het totale bedrag aan gederfde rente wegens de verlate inning over de jaren 2000, 2001 en 2002 bedraagt per 17 juli 2003 ca. € 0,6 mln zijn. Dit is ca. € 0,2 mln per jaar.

7

Met het oog op de gezamenlijke uitvoering van inkomensafhankelijke regelingen die is aangekondigd in het Hoofdlijnenakkoord is besloten de uitvoering van de eigenbijdrageregeling voor thuiszorg voorlopig bij het CAK te handhaven.