

Handleiding uitvoeringsverslag zorgkantoren 2006

Inhoudsopgave

1. Algemene bepalingen	2
1.a. Wettelijk kader	2
1.b. Verantwoordingsstructuur	3
2. Uitvoeringsverslag	5
2.a. Wettelijk kader	5
2.b. Inrichtingsvoorschriften	5
2.c. Opzet uitvoeringsverslag	6
3. Informatie-uitvraag en toelichting.....	10
3.a. Informatie-uitvraag algemeen	10
3.b. Informatie-uitvraag verzekerden/cliënten.....	12
3.c. Informatie-uitvraag zorg	13
4. Aanleveringsprocedure	18

Bijlage

Overzicht kwantitatieve factoren uitvoeringsverslag

1. Algemene bepalingen

1.a. Wettelijk kader

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft 14 zorgverzekeraars¹ als verbindingkantoor aangewezen voor de uitvoering van de taken genoemd in artikel 3 van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten (ABZ). De verbindingkantoren worden in deze Handleiding verder zorgkantoorhouders genoemd. De uitvoering van genoemde taken vindt plaats via een zorgkantoor per zorgregio. In totaal heeft de minister 32 zorgregio's aangewezen. Elke zorgkantoorhouder beheert één of meer zorgkantoren.

Daarnaast hebben de zorgverzekeraars in de Mandaatsovereenkomst 2006 voor een belangrijk deel van de uitvoering van de AWBZ mandaat en volmacht verleend aan de zorgkantoren. Elk zorgkantoor kan bij de uitvoering van deze taken de verzekerden van meer dan één zorgverzekeraar vertegenwoordigen. In het Convenant zorgkantoren 2006 - 2008 zijn VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) overeengekomen, dat de zorgkantoren de wettelijke verantwoording afleggen over de wijze waarop zij de in de AWBZ geregelde verzekering hebben uitgevoerd. In de bijlage van het Convenant zijn de taken en verantwoordelijkheden van de zorgkantoren uitgewerkt. De zorgkantoren verantwoorden zich over de uitvoering van de taken die rechtstreeks uit het ABZ voortvloeien en waarvoor aan hen mandaat en volmacht is verleend, alsmede over de rechtmatigheid van de daarmee samenhangende ontvangsten en uitgaven.

Dit doen zij via een uitvoeringsverslag en een financiële verantwoording, waaraan de bestuurlijke verantwoording over het financieel beheer is toegevoegd. Omdat de wettelijke verantwoordingsplicht bij de zorgverzekeraars ligt, moet de verantwoording door de zorgkantoren als een tussenstap worden gezien. De reden is gelegen in het onvoldoende beschikbaar zijn van financiële informatie op verzekerdeniveau, nodig voor een verantwoording door de zorgverzekeraars.

Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) houdt volgens artikel 48² AWBZ toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars en door de minister van VWS aan te wijzen rechtspersonen. Volgens artikel 1 ABZ zijn dit het centraal administratiekantoor en de verbindingkantoren, derhalve het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten B.V. (CAK-BZ), de zorgkantoorhouders en de zorgkantoren. Om toezicht te kunnen uitoefenen moet het CTZ beschikken over informatie. De artikelen 36 en 37 AWBZ regelen de jaarlijks aan het CTZ in te sturen verantwoordingsdocumenten en de bijbehorende producten van de externe accountant. Bij ministeriële regeling kunnen nadere voorschriften worden gesteld over de inhoud van de verantwoordingsdocumenten. Het CTZ kan volgens artikel 36 AWBZ regels stellen met betrekking tot de controle door de zorgverzekeraars, het accountantsverslag en het daaraan ten grondslag liggende onderzoek. Volgens artikel 10 ABZ gelden de bepalingen voor de zorgverzekeraars ook voor het CAK-BZ, de zorgkantoorhouders en de zorgkantoren.

De *Handleiding uitvoeringsverslag zorgkantoren 2006* en de *Handleiding financiële verantwoording zorgkantoren 2006* vormen onderdeel van de ministeriële regeling voor het uitvoerings- en financieel verslag. De richtlijnen voor de accountantscontrole en de op te leveren accountantsproducten heeft het CTZ vastgelegd in het *Protocol accountantsonderzoek zorgkantoren 2006*.

¹ Bij de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heten de zorgverzekeraars die zich bij het CTZ voor de AWBZ hebben aangemeld AWBZ-verzekeraars.

² Bij de inwerkingtreding van de Wmg neemt de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) de taken van het CTZ over. Artikel 48 AWBZ wordt vervangen door artikel 16 Wmg, dat een gelijke taakomschrijving voor de AWBZ geeft.

1.b. Verantwoordingsstructuur

De zorgkantoren leveren vóór 1 juli de volgende producten aan bij het CTZ:

- *een uitvoeringsverslag*. In dit verslag legt het zorgkantoor verantwoording af over de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Hierbij wordt gebruik gemaakt van kengetallen en indicatoren. De bevindingen van de externe accountant over het uitvoeringsverslag worden in het accountantsrapport vastgelegd;
- *een financiële verantwoording*. De financiële verantwoording bestaat uit een balans, een exploitatierekening en een toelichting op de balans en de exploitatierekening. Hierin worden zowel de geldstromen verantwoord die rechtstreeks via het zorgkantoor lopen als de geldstromen die via andere zorgverzekeraars of rechtspersonen gaan, zoals de betaling van zorgaanspraken via het CAK-BZ;
- *een bestuurlijke verantwoording* als onderdeel van de financiële verantwoording. Het zorgkantoor legt hierin verantwoording af over het gevoerde financieel beheer en over de borging van de rechtmatigheid van de baten en lasten die in de financiële verantwoording zijn opgenomen. De bestuurlijke verantwoording heeft de status van het directieverslag bij een jaarrekening en valt als zodanig niet onder de reikwijdte van de accountantsverklaring bij de financiële verantwoording. De accountant toetst bij zijn onderzoek naar de financiële verantwoording marginaal of de inhoud van de bestuurlijke verantwoording verenigbaar is met de financiële verantwoording. De uitkomsten van het onderzoek neemt hij op in het accountantsrapport;
- *een gecombineerde accountantsverklaring* over de getrouwheid en de rechtmatigheid van de financiële verantwoording. De accountant spreekt hierin een oordeel uit over de getrouwheid van de financiële verantwoording en over de rechtmatigheid van de in de financiële verantwoording opgenomen schaden AWBZ (bruto schaden AWBZ en schaden AWBZ voorgaande jaren), bedrijfsopbrengsten AWBZ en beheerskosten AWBZ;
- *een accountantsrapport*. Het rapport bevat de uitkomsten van het onderzoek van de accountant naar de verantwoordingsdocumenten van het zorgkantoor. Het bestaat uit:
 - de uitkomsten van zijn onderzoek naar de getrouwheid en de rechtmatigheid van de financiële verantwoording. In de foutentabel vermeldt hij de aangetroffen fouten in de financiële verantwoording en de geconstateerde onzekerheden in de controle;
 - een verslag van bevindingen over het door hem uitgevoerde onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de AWBZ. Hierin geeft hij zijn bevindingen weer over de vraag of het zorgkantoor de verplichtingen bij of krachtens de AWBZ heeft nageleefd;
 - een rapportage over de ordelijkheid en de controleerbaarheid van het gevoerde financiële beheer, zoals het zorgkantoor dat in de bestuurlijke verantwoording als onderdeel van de financiële verantwoording heeft weergegeven;
 - de uitkomsten van zijn onderzoek naar de vraag of het uitvoeringsverslag in overeenstemming met de daarvoor geldende regels is opgesteld.

Overeenkomstig het *Handboek Specifieke Informatie Zorgkantoorhouders en Uitvoeringsorganen AWBZ* van het CTZ en het CVZ moet de zorgkantoorhouder vóór 11 februari een vierde kwartaalstaat bij het CTZ en CVZ indienen. Hierin worden per zorgkantoorregio de lasten en de baten vermeld die via de betreffende zorgkantoren lopen. De kwartaalstaten vormen als zodanig geen object van het accountantsonderzoek en vallen niet onder de reikwijdte van de accountantsverklaring.

Het CTZ maakt bij zijn toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ zoveel mogelijk gebruik van de verantwoordingsdocumenten van de zorgkantoren en van de verklaring en de rapportage door de accountant. Het CTZ voert hiervoor een review uit op het accountantsdossier. Op grond van de verzamelde informatie vormt het CTZ zich een oordeel over de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren en over de rechtmatigheid van de daarmee samenhangende ontvangsten en uitgaven.

Handleiding uitvoeringsverslag zorgkantoren 2006

Jaarlijks brengt het CTZ vóór 1 december *een samenvattend rapport* uit over de rechtmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars, het CAK-BZ en de zorgkantoren op het niveau van de zorgkantoorhouders.

2. Uitvoeringsverslag

2.a. Wettelijk kader

Het uitvoeringsverslag vormt één van de documenten die het zorgkantoor vóór 1 juli bij het CTZ moet aanleveren. In het uitvoeringsverslag rapporteert (de houder van) het zorgkantoor over de uitvoering van de AWBZ in het voorafgaande kalenderjaar, en geeft het een overzicht van zijn voornemens met betrekking tot de uitvoering van de AWBZ in het lopende kalenderjaar en het daaropvolgende kalenderjaar. Het uitvoeringsverslag gaat vergezeld van een verslag van bevindingen van de externe accountant over de vraag of:

- het uitvoeringsverslag in overeenstemming met de daarvoor geldende regels is opgesteld;
- de uitvoering is geschied in overeenstemming met de verplichtingen die bij of krachtens deze wet in het voorafgaande kalenderjaar op de zorgverzekeraar rustten.

Overeenkomstig artikel 10 ABZ kan de minister van VWS regels geven voor de inhoud van het uitvoeringsverslag van de zorgkantoren. De voorschriften kunnen in het bijzonder betrekking hebben op naleving van een in de regeling aan te wijzen gedragscode. De *Handleiding uitvoeringsverslag zorgkantoren 2006* vormt onderdeel van de ministeriële regeling. Uitgangspunt hierbij is dat geen afwijkende voorschriften ten opzichte van de bestaande wet- en regelgeving worden gegeven. Alleen voor zover dat nodig is voor de wettelijke toezichtstaak van het CTZ wordt aanvullende informatie opgevraagd, in aanvulling op bestaande regelgeving. Hierdoor wordt de administratieve lastendruk tot een minimum beperkt.

2.b. Inrichtingsvoorschriften

2.b.1. Uitgangspunten

De verantwoordingsystematiek in het uitvoeringsverslag sluit zo veel mogelijk aan op de planning en controlecyclus van de zorgkantoren en de eisen met betrekking tot de basisadministratie, zodat het de zorgkantoren zo weinig mogelijk extra werk kost. Ook zal de gevraagde informatie in het kader van het uitvoeringsverslag zoveel mogelijk moeten aansluiten bij de benchmark zorgkantoren.

De modernisering van de AWBZ zal ook in de komende jaren belangrijke gevolgen voor de uitvoering hebben. Dit geldt ook voor de informatievoorziening binnen de AWBZ. Met name de AWBZ-brede zorgregistratie levert hier een belangrijke bijdrage aan. Vooralsnog gaat de handleiding uit van de oude institutionele aanspraken. De reden is dat de bekostiging in de AWBZ nog niet aansluit op de functionele omschrijving van de aanspraken in het Besluit zorgaanspraken en de functionele toelatingen van instellingen. Wel wordt verwacht dat de zorgkantoren zich in indicatieve zin verantwoorden over de (gevolgen van) functionele aanspraken.

De handleiding schrijft verder een aantal kengetallen en prestatie-indicatoren voor. Het verschil tussen kengetallen en prestatie-indicatoren is, dat de prestatie-indicatoren direct betrekking hebben op de beïnvloedbare prestaties.

2.b.2. Health Insurance Governance

De zorgkantoorhouder laat zich bij zijn verantwoording via het uitvoeringsverslag mede door de aanbevelingen die de commissie Glasz over 'Health Insurance Governance' heeft gedaan. Het gaat daarbij om:

- het vormgeven van de missie en de ondernemingsdoelstelling;

- het bijdragen aan een effectieve besturing van de organisatie binnen kaders van een doelmatige en rechtmatige besteding van ter beschikking staande middelen;
- een transparante en werkbare besturings- en toezichtsstructuur;
- de kwaliteits- en professionaliteitseisen voor toezichthouders om adequaat toezicht te kunnen houden en om bestuurders te kunnen bijstaan;
- de adequate verantwoording aan de leden en overige relevante belanghebbenden.

2.b.3. Vertrouwelijkheid van bedrijfsgegevens

In overeenstemming met de voor de ontwikkeling van het uitvoeringsverslag en de financiële verantwoording tussen het CTZ en het CVZ en Zorgverzekeraars Nederland gemaakte afspraken hanteren het CTZ en het CVZ de gedragslijn dat wettelijke informatie, opgenomen in de financiële verantwoording en het uitvoeringsverslag, in principe openbare informatie betreft. Voor het overige geldt dat in vertrouwen verstrekte bedrijfsgegevens in beginsel, niet openbaar worden gemaakt.

2.b.4. Prestatiemeting en normering

Voortvloeiend uit de modernisering van het toezicht en de wens vanuit de samenleving om meer aandacht voor prestaties, ontwikkelen het CTZ en het CVZ een methodiek voor prestatiemeting. Hierbij wordt voortgebouwd op de ontwikkeling van de prestatiemeting (en normering) bij de ziekenfondsen. Daar wordt bijvoorbeeld de kwaliteit van de verantwoording door middel van de 'planning en control-cyclus' gemeten en vertaald naar een indicator. In 2006 wordt de methodiek voor de AWBZ verder ontwikkeld aan de hand van gegevens over het verslagjaar 2005.

2.c. Opzet uitvoeringsverslag

2.c.1. Indeling

De handleiding uitvoeringsverslag geeft aan waarover en de wijze waarop zorgkantoren zich via het uitvoeringsverslag verantwoorden. De informatie-uitvraag heeft de volgende indeling:

- I. Algemeen
- II. Verzekerden/Cliënten
- III. Zorg

2.c.2. Uitgangspunten

Voor de verantwoording in het uitvoeringsverslag is een aantal uitgangspunten benoemd:

- verantwoording via de planning en control-cyclus;
- 'SMART' gedefinieerde doelstellingen (zie hoofdstuk 2.c.4);
- verantwoording via prestatie-indicatoren en kengetallen;
- borging uitvoeringsverslag.

2.c.3. Planning en control-cyclus

De verantwoording moet vanuit de planning en control-cyclus volgens een vast stramien worden ingericht. Dit wordt uitgewerkt in de tabel op de volgende pagina.

Tabel Planning en Control Cyclus

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>beschrijving van het gevoerde of te voeren beleid (inclusief in hoeverre dit beleid conform wet- en regelgeving is en de eventueel ondervonden knelpunten in wet- en regelgeving)</i>• <i>beschrijving van beleidsalternatieven en (doelmatigheids)afwegingen die tot de definitieve beleidskeuze geleid hebben</i>• <i>doelstellingen en realisatietermijn (geconcretiseerd) van deze gestelde doelen</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- *meetmethodiek & meetmomenten inspanningen*
- *kwalitatieve en kwantitatieve verantwoording van resultaten (incl. indicatoren)*
- *evaluatie/bijsturing/verbeteracties*

Knelpunten in de uitvoering en in de wet- en regelgeving kunnen gesignaleerd worden bij de beschrijving van het gevoerde beleid, inspanningen en evaluatie.

Wanneer de in het handboek genoemde verplichte onderwerpen/beleidsvelden volgens één en dezelfde 'planning en control-cyclus' zijn ingericht, hoeft niet afzonderlijk op ieder onderwerp/beleidsveld separaat te worden ingegaan. Wel moet expliciet worden aangegeven op welke onderdelen dat deel van de verantwoording van de 'planning en control-cyclus' betrekking heeft en indien daar aanleiding voor is, moet er specifiek voor de betreffende onderdelen een verdiepingsslag gemaakt worden. Als voorbeeld wordt zorgcontractering genoemd. Daarvoor kan één 'planning en control-cyclus' gehanteerd worden, terwijl per zorgaanspraak zo nodig een verdiepingsslag gemaakt moet worden. Dit geldt voor specifiek beleid bij een zorgaanspraak, maar ook ingeval van knelpunten bij specifieke onderdelen.

Het zwaartepunt van de verantwoording via de 'planning en control-cyclus' ligt bij de concrete, meetbare (kwantificeerbare) doelstellingen, de resultaten, en de evaluatie en bijsturing. De beschrijving van beleid, beleidsalternatieven, inspanningen en meetmethodiek/meetmomenten mag weliswaar summier zijn, maar niet achterwege blijven. Uit deze verantwoording blijkt tevens de stand van zaken van planning en control van het zorgkantoor.

Bij de verantwoording over de uitvoering vormen de wettelijke taken en het (herziene) Convenant zorgkantoren 2006 - 2008 en de daarin opgenomen groeitrajecten het uitgangspunt. Wat betreft de in het Convenant opgenomen groeitrajecten geeft het zorgkantoor aan wat de voortgang met betrekking tot die trajecten is.

In het algemeen verantwoordt het zorgkantoor zich in beschrijvende zin aan de hand van de 'planning en control-cyclus'. Waar dit niet mogelijk is verantwoordt het zorgkantoor zich feitelijk (zie hoofdstuk 2.c.7).

2.c.4. Verantwoording via de P&C-cyclus: SMART-doelstellingen

Met name voor doelmatigheidsonderzoek is het belangrijk dat het zorgkantoor zich over een aantal zaken duidelijk verantwoordt en dat de doelstellingen toetsbaar zijn geformuleerd. Belangrijk is dat de doelstellingen zijn geformuleerd volgens het SMART-principe, waarin de eisen aan de doelstellingen zijn vastgelegd:

- **S**pecifiek,
- **M**eerbaar,
- **h**Aalbaar,
- **R**ealistisch,
- **T**ijdgebonden.

Het zorgkantoor geeft helder het tijdstip aan waarop de doelen bereikt moeten worden. Eventueel kan summier worden aangegeven hoe de uitkomsten van het beleid (het doelbereik) zijn gemeten.

2.c.5. Verantwoording via de P&C-cyclus: kengetallen en prestatie-indicatoren

Voor het berekenen van de kengetallen/prestatie-indicatoren moeten eerst de relevante gegevens verzameld worden. Deze gegevens zijn in de beschrijving van de kengetallen/prestatie-indicatoren gespecificeerd in gegevens-elementen. Waar nodig staat bij het

gegevenselement een teldefinitie die precies aangeeft hoe men moet tellen, omwille van de onderlinge vergelijkbaarheid.

Het is belangrijk dat er zoveel mogelijk verband bestaat tussen het beschrijvende gedeelte van de verantwoording en de berekende kengetallen/prestatie-indicatoren. Op die manier geeft het zorgkantoor zelf de toelichting op zijn prestaties.

2.c.6. Verantwoording gegevenselementen kengetallen/prestatie-indicatoren

De gevraagde gegevenselementen zijn feitelijk vergelijkbaar met de informatie-uitvraag voor de jaarstaten. Het CTZ en het CVZ vragen deze gegevenselementen op voor interne doeleinden (borging en analyse) op basis van artikel 10 ABZ/artikel 56 AWBZ ('regelmatig te verstrekken gegevens en inlichtingen'). Het zorgkantoor moet de gegevenselementen, vanwege de verbondenheid met de verantwoordingsinformatie (kengetallen/prestatie-indicatoren) in het uitvoeringsverslag, in een elektronisch Excel-format tegelijk met het uitvoeringsverslag aanleveren.

Voor zover het financiële kengetallen betreft, moeten zorgkantoren dezelfde gegevens hanteren zoals opgenomen in de financiële verantwoording 2006.

2.c.7. Verantwoording zonder de P&C-cyclus: feitelijke verantwoording

De feitelijke beantwoording van vraagstellingen geldt voor die informatievragen die niet volgens de P&C-cyclus te beantwoorden zijn. Deze vraagstellingen zijn in de handleiding expliciet aangegeven.

2.c.8. Verantwoording over afwijkingen van de wet- en regelgeving

Het zorgkantoor verantwoordt zich via het uitvoeringsverslag over de uitvoering van de taken in het kader van de uitvoering van de AWBZ. Het zorgkantoor verantwoordt zich hierbij ook over structurele afwijkingen van de geldende wet- en regelgeving. Als er sprake is van incidentele afwijkingen maakt het zorgkantoor zelf de afweging of hij verantwoording hierover in het uitvoeringsverslag aflegt. Bij deze afweging houdt het zorgkantoor rekening met:

- politieke gevoeligheid en/of actualiteit;
- relatief groot financieel belang;
- de invulling die het zorgkantoor geeft aan de uitvoering van de AWBZ en in het bijzonder over zijn zorg voor de rechten van verzekerden.

2.c.9. Borging en betrouwbaarheid uitvoeringsverslag

Sinds verslagjaar 2003 hebben het CTZ en het CVZ voor het uitvoeringsverslag als kwaliteitsmaatregel ondertekening door bestuur of directie verplicht. Hoewel op grond van artikel 10 ABZ/artikel 37 AWBZ het uitvoeringsverslag vergezeld moet gaan van een verslag met bevindingen van een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek over de vraag of het uitvoeringsverslag in overeenstemming met de daarvoor geldende regels is opgesteld, geldt deze verplichting, namelijk het opnemen van een ondertekende bestuursverklaring in het uitvoeringsverslag (zie onderstaande standaardtekst), eveneens voor het uitvoeringsverslag 2006.

2.c.10. Rapport Rechtmatigheidsverklaring in de AWBZ

Op grond van de wettelijke bepalingen van de AWBZ, de Regeling administratie en controle zorgverzekeraars en het Convenant zorgkantoren 2006 - 2008 zoals dat geldt vanaf 2006 zijn negentien taken onderscheiden. In overeenstemming met het rapport *Rechtmatigheidsverklaring in de AWBZ* dat in december 2004 is uitgebracht door de werkgroep rechtmatigheid AWBZ kunnen deze taken in drie groepen ingedeeld worden. De indeling is als volgt:

- taken waarover het zorgkantoor zich verantwoordt in *de bestuurlijke verantwoording*. Het zijn taken die *niet* direct leiden tot een geldstroom in de financiële verantwoording

en waarbij sprake is van *procedurele* rechtmatigheid. De accountant toetst de uitvoering van deze taken en legt de bevindingen vast in het accountantsrapport. De taken zijn:

1. het vaststellen van de verzekeringsgerechtigdheid;
 2. het vaststellen van de aanwezigheid van een geldig indicatiebesluit;
 3. het houden van toezicht op de afspraken met zorgaanbieders;
 4. het zorgen voor een adequate bedrijfsadministratie en inhoudelijke registraties.
- taken waarover het zorgkantoor verantwoording aflegt in de *financiële en bestuurlijke verantwoording*. Het zijn taken waarbij sprake is van *financiële* rechtmatigheid. De betreffende geldstromen vallen rechtstreeks onder de verklaring over de getrouwheid en rechtmatigheid. De accountant weegt zijn bevindingen mee bij het afsluitend oordeel zoals verwoord in de accountantsverklaring. Naast de financiële dimensie blijft ook het procedurele aspect van belang, namelijk de rechtmatige uitvoering van de wettelijke taken. Hiervan maakt de accountant melding in het accountantsrapport. De taken zijn:
 5. het vaststellen en incasseren van eigen bijdragen voor zorg met verblijf;
 6. het inkopen van zorg;
 7. de betaling van zorgaanspraken AWBZ;
 8. het uitvoeren van subsidieregelingen AWBZ;
 9. het bij het CVZ in rekening brengen van de schaden AWBZ;
 10. het juist toerekenen van de beheerskosten;
 11. het vaststellen van de volledigheid en juistheid van de overige bedrijfsopbrengsten.
 - taken waarover het zorgkantoor alleen verantwoording aflegt in *het uitvoeringsverslag*. Deze taken vormen geen onderdeel van de bestuurlijke verantwoording. Het betreft taken waarbij sprake is van procedure rechtmatigheid, de hierover gemaakte afspraken in het Convenant vormen het uitgangspunt. De *Handleiding Uitvoeringsverslag zorgkantoren 2006* hierop van toepassing. De accountant neemt zijn bevindingen over de rechtmatige uitvoering van deze taken op in het accountantsrapport. De taken zijn:
 12. het verstrekken van informatie;
 13. het opstellen van een beleidsvisie en een jaarplan;
 14. het voeren van overleg met betrokken partijen;
 15. het adviseren over het toelaten van instellingen;
 16. het zorgdragen voor een adequaat wachtlijstbeheer in de regio;
 17. het instellen van een Raad van advies;
 18. het periodiek uitvoeren van cliëntraadpleging.

In de *Handleiding financiële verantwoording zorgkantoren 2006* en het *Protocol accountantsonderzoek zorgkantoren 2006* staat een uitwerking van het rechtmatigheidsbegrip. Hoofdstuk 3 van de *Handleiding Uitvoeringsverslag zorgkantoren 2006* geeft de eisen weer wat betreft het uitvoeringsverslag zorgkantoren.

3. Informatie-uitvraag en toelichting

3.a. Informatie-uitvraag algemeen

3.a.1. Bestuursverklaring bij uitvoeringsverslag

Het bestuur van de houder van het zorgkantoor ondertekent het uitvoeringsverslag en neemt expliciet verantwoordelijkheid voor de inhoud van het uitvoeringsverslag.

In de bestuursverklaring kan desgewenst nader ingegaan worden op belangrijke zaken betreffende de uitvoering van de AWBZ. Paragraaf 3.a.5. geeft een model voor de verklaring.

3.a.2. Typering organisatie

Werk de volgende items volledig uit:

- raad van advies (omvang en samenstelling, door wie benoemd, belangrijke onderwerpen in het verslagjaar, aantal bijeenkomsten);
- directie/raad van bestuur houder van het zorgkantoor (persoonsgegevens);
- management zorgkantoor (persoonsgegevens + nevenfuncties, door wie benoemd);
- inrichting organisatie (+ organogram zorgkantoor);
- werkzaamheden voor en door derden;
- samenwerkingsverbanden.

3.a.3. Strategie en ontwikkelingen

Werk de volgende items volledig uit:

- visie en missie/doelstellingen van het zorgkantoor (voldoen deze missie/doelstellingen aan wet- en regelgeving, zo niet, aangeven waar afwijkend en waarom);
- korte samenvatting van de belangrijkste punten uit het regioplan/beleidsvisie;
- de aanwezigheid van een jaarplan en korte samenvatting van de belangrijkste punten;
- regionaal overleg (met welke partijen + frequentie);
- nieuwe taken/ontwikkelingen.

3.a.4. Kengetallen/indicatoren algemeen

Kengetallen

TO 01	Aantal regio-inwoners (65- en 65+) op 1 januari van het verslagjaar
TO 02	Aantal instellingen op 1 januari van het verslagjaar
TO 03	Aantal cliënten zorg met verblijf op 31 december van het verslagjaar
TO 04	Aantal bijdrageplichtigen zorg met verblijf op 31 december van het verslagjaar
TO 05	Aantal cliënten met PGB op 31 december van het verslagjaar
TO 06	Tabellen budgetresultaat en personeelsbezetting (zie hoofdstuk 4.a.6)

3.a.5. Toelichting op het onderdeel algemeen

Bestuursverklaring

Voor de gevraagde bestuursverklaring is de volgende standaardtekst geformuleerd:

Het bestuur van (statutaire naam van houder van het zorgkantoor) stelt zich verantwoordelijk voor de in het uitvoeringsverslag 2006 opgenomen informatie van het zorgkantoor (naam van het zorgkantoor).

Het bestuur geeft hiermee aan dat:

- het de verantwoordelijkheid van het bestuur van het zorgkantoor is om de AWBZ op een rechtmatige en doelmatige wijze uit voeren;
- het uitvoeringsverslag een juist en volledig beeld geeft van de naleving van de wettelijke taken van het zorgkantoor;

- het uitvoeringsverslag is opgesteld in overeenstemming met de daarvoor geldende regels zoals geformuleerd in de Handleiding uitvoeringsverslag zorgkantoren 2006.

Ondertekening

(plaats)/(datum)

Toelichting typering organisatie

Dit onderdeel van het uitvoeringsverslag bevat algemene informatie over het zorgkantoor, zoals organisatiestructuur, inbedding in de organisatie van de rechtspersoon die houder is van het zorgkantoor en de organisatorische verhoudingen met eventuele andere zorgkantoren/rechtspersonen, waaronder gezamenlijke activiteiten.

De namen van het management van het zorgkantoor en (interne) toezichthouders worden vermeld. Van het management van het zorgkantoor worden de nevenfuncties vermeld. Bij de leden van de Raad van Advies kan het begrip nevenfuncties ingeperkt worden tot 'relevante' nevenfuncties. Relevant wil zeggen, van belang in het kader van de wettelijke taken die het zorgkantoor uitvoert. Veelal kan volstaan worden met de hoofdfunctie van de leden. In het geval van de voorzitter van de Raad van Advies is wel uitgebreidere informatie over de nevenfuncties wenselijk. Bij personele wijzigingen wordt ook de datum van wijziging opgegeven.

Van de interne toezichthouders (directie/raad van bestuur van de rechtspersoon die houder is van het zorgkantoor), wordt vermeld hoe vaak ze bijeen zijn geweest voor zover zorgkantoorzaken aan de orde zijn geweest. Aangegeven wordt welke onderwerpen zijn besproken. Van de Raad van Advies wordt vermeld de omvang en samenstelling, door wie de leden benoemd worden, de belangrijke onderwerpen die in het verslagjaar aan de orde geweest zijn en het aantal bijeenkomsten.

Toelichting strategie en ontwikkelingen

De visie en missie c.q. doelstellingen van het zorgkantoor dienen volledig te worden uitgewerkt. Daarbij wordt aangegeven of de missie c.q. doelstellingen voldoen aan wet- en regelgeving. Zo niet, dan dient aangegeven te worden waar afwijkend en waarom. Van de belangrijkste punten uit het regioplan/beleidsvisie en het jaarplan dient een korte samenvatting van de belangrijkste punten te worden opgenomen.

Het zorgkantoor gaat ook in op het regionaal overleg (met welke partijen + frequentie) en (de gevolgen van) de invoering van de functionele omschrijving van zorgaanspraken in de AWBZ.

Bij nieuwe taken/ontwikkelingen geeft het zorgkantoor aan hoe deze geïmplementeerd (gaan) worden, te denken valt aan:

- gekozen aanpak voor de implementatie;
- samenwerking met andere zorgkantoren;
- wijze prioritering en effect op reguliere activiteiten.

3.a.6. Tabellen budgetresultaat en personeelsbezetting

Budgetresultaat beheerskosten:	<i>Bedrag</i>
• totaal	

Gemiddelde personeelsbezetting in fte's:	<i>Totaal</i>
• persoonsgebonden budgetten	
• zorgcontractering en zorgtoewijzing	
• administratie	
• totaal	

3.b. Informatie-uitvraag verzekerden/cliënten

3.b.2. Informatie-eisen kwalitatief

Werk de volgende items volledig uit:

- beleid op het gebied van de vaststelling AWBZ-verzekeringsgerechtigdheid;
- beleid op het gebied van de vaststelling en oplegging van eigen bijdragen zorg met verblijf;
- beleid op het gebied van incasso eigen bijdragen zorg met verblijf;
- beleid op het gebied van klachten.

3.b.3. Kengetallen/indicatoren verzekerden/cliënten

Kengetallen

VE 01	Aantal nieuwe bijdrageplichtigen zorg met verblijf in het verslagjaar
VE 02	Gemiddelde hoogte opgelegde lage eigen bijdragen zorg met verblijf per bijdrageplichtige verzekerde
VE 03	Gemiddelde hoogte opgelegde hoge eigen bijdragen zorg met verblijf per bijdrageplichtige verzekerde
VK 01	Tabellen klachten (zie hoofdstuk 4.b.5)

Prestatie-indicatoren

VE 04	Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen ingaan zorgverlening en eerste maal vaststellen <i>voorlopige</i> eigen bijdragen zorg met verblijf
VE 05	Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen eerste maal vaststellen en eerste inning <i>voorlopige</i> eigen bijdragen zorg met verblijf
VE 06	Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen ingaan zorgverlening en eerste maal vaststellen <i>definitieve</i> eigen bijdragen zorg met verblijf
VE 07	Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen eerste maal vaststellen en eerste inning <i>definitieve</i> eigen bijdragen zorg met verblijf
VE 08	Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen einde lage eigen bijdrage en eerste maal vaststellen hoge eigen bijdragen zorg met verblijf
VE 09	Percentage te innen eigen bijdragen aan het eind van het jaar van de in het afgelopen jaar <u>opgelegde</u> eigen bijdragen zorg met verblijf
VE 10	Percentage terug te vorderen van budgethouders aan het eind van het jaar van het totaal budget toegekende PGB's

3.b.4. Toelichting informatie-uitvraag verzekerden/cliënten

Informatie over AWBZ-verzekeringsgerechtigdheid

Het zorgkantoor moet bij het uitvoeringsorgaan nagaan dat cliënten AWBZ-verzekeringsgerechtigd zijn vanuit de gedachte dat alleen die personen voor aanspraken in aanmerking komen die ook daadwerkelijk verzekerd zijn krachtens de AWBZ.

Het uitvoeringsverslag geeft een beschrijving van het gevoerde/te voeren beleid, een kwalitatieve en kwantitatieve verantwoording van de resultaten en de evaluatie/bijsturing /verbeteracties in relatie tot de in het Convenant gemaakte afspraken op dit terrein.

Informatie over de eigen bijdragen bij zorg met verblijf

Het zorgkantoor geeft in zijn verslag een indicatie van de kwaliteit van het eigen bijdragenproces. Allereerst valt hieronder de vaststelling van de eigen bijdragen, de oplegging van de eigen bijdragen en inning van de eigen bijdragen. Ingegaan wordt op de jaarlijkse aanpassingen en het beleid ten aanzien van broninhouding. Daarnaast is van belang hoe omgegaan wordt met de incasso van de eigen bijdragen. Hieronder vallen ook afboekingen.

Informatie over klachten

Informatie over klachten geeft een indicatie over de kwaliteit van het functioneren van het zorgkantoor. Deze informatie betreft de in het verslagjaar binnengekomen klachten.

Van belang is dat het zorgkantoor in zijn verantwoording duidelijk aangeeft wat hij onder het begrip 'klacht' verstaat en welke klachten als zodanig geregistreerd worden.

Het uitvoeringsverslag geeft informatie over de wijze waarop mondeling ingediende klachten zijn afgehandeld en gaat ook in op de wijze waarop klachten over geleverde zorg en bejegening door zorgaanbieders zijn afgehandeld. Tevens geeft het zorgkantoor aan tot welke verbeteracties de meest voorkomende klachten hebben geleid.

3.b.5. Tabellen klachten

Klachten over:	<i>Aantal</i>
• privacyschending	
• eigen bijdragen (excl. eigen bijdragen bij zorg zonder verblijf)	
• eigen bijdragen bij zorg zonder verblijf	
• bejegening door personeel zorgkantoor	
• bereikbaarheid (incl. telefonische bereikbaarheid)	
• bejegening door hulpverleners	
• kwaliteit zorgverlening	
• overig	
• totaal	

VK 02	Gemiddelde duur afhandeling klachten in kalenderdagen
-------	-------------------------------------------------------

3.c. Informatie-uitvraag zorg

3.c.1. Informatie-uitvraag kwalitatief

Werk de volgende items volledig uit:

Algemeen

- beleid op het gebied van de ontwikkeling van het zorgaanbod in relatie tot (ontwikkelingen in) de zorgvraag;
- beleid op het gebied van het meten van klanttevredenheid over zorg;
- beleid op het gebied van informatieaanlevering door zorgaanbieders, AZR en toetsing financiële situatie zorginstellingen door early warning;
- knelpunten in wet- en regelgeving bij uitvoering beleid.

Zorginkoop

Het gaat om alle zorgaanspraken. Alleen waar nodig/gewenst verbijzonderen naar soort zorgaanspraak:

- zorginkoopbeleid:
 - inspanningen om voldoende, tijdige, toegankelijke, doelmatige en kwalitatief goede zorg te garanderen;
 - beleid op het gebied van zorgvernieuwing.
- contracteerbeleid:
 - beleid op het gebied van regionale contracteerruimte.
 - beleid op het gebied van productieafspraken (o.a. in welke mate gebruikt het zorgkantoor de realisaties van voorgaande jaren bij het bepalen van de toekomstige afspraak);

Tijdige zorgverlening

- beleid op het gebied van tijdige zorgverlening:
 - In hoeverre heeft het zorgkantoor invulling gegeven aan de gedragsregels 'tijdige zorgverlening zorgverzekeraars' voor het AWBZ-gedeelte (beleid op het gebied van wachtlijstbemiddeling, overbruggingszorg en gerantsoeneerde zorg)?

- Wat hebben de inspanningen in het kader van de beleidsregel 'gedragsregels tijdige zorgverlening zorgverzekeraars' voor het AWBZ-gedeelte tot dusver aan concrete resultaten opgeleverd en welke knelpunten van meer algemene aard heeft het zorgkantoor daarbij ondervonden?

Kostenbewaking

- Beleid op het gebied van kostenbewaking:
 - Indicatiecontrole;
 - Materiële controle.

3.c.2 Kengetallen/indicatoren zorg

Bij de informatie-uitvraag zorg gaat het meer om kengetallen dan prestatie-indicatoren, omdat veel zaken (nog) niet of niet goed door de zorgkantoren zijn te beïnvloeden.

Kengetallen

ZC 01	Aantal nieuwe cliënten met zorg met verblijf in het verslagjaar
ZC 02	Totaal aantal nieuwe PGB-cliënten in het verslagjaar als percentage van het totaal aantal in het verslagjaar geïndiceerde cliënten
ZC 03	Totaal budget toegekende PGB's
ZC 04	Tabellen gegevens zorg (zie hoofdstuk 4.c.4)

Prestatie-indicatoren

ZC 05	Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen ontvangst aanvraag PGB door zorgkantoor en toekenning PGB
ZC 06	Aantal wachtenden in de landelijke wachtlijstregistratie met overbruggingszorg
ZC 07	Aantal wachtenden in de landelijke wachtlijstregistratie zonder zorg
ZC 08	Tabel percentages zorgaanvragen geleverd binnen de (Treek-)normen

3.c.3. Toelichting informatie-uitvraag zorg

Het zorgkantoor dient er voor zorg te dragen dat het voldoende zorg van voldoende kwaliteit inkoop. Daarnaast treft het zorgkantoor maatregelen ter voorkoming van onnodige zorgaanpak en uitgaven, welke hoger dan noodzakelijk zijn. In het uitvoeringsverslag verantwoordt het zorgkantoor zich over het gevoerde beleid ten aanzien van de zorginkoop, tijdige zorgverlening en kostenbewaking, rekeninghoudend met (de gevolgen van) de functionele omschrijving van zorgaanpak in de AWBZ en de huidige (institutionele) bekostigingssystematiek. Omdat de informatievoorziening binnen de AWBZ nog sterk in ontwikkeling is, zal een eenduidige verantwoording door het zorgkantoor van zorgcontractering versus zorgrealisatie nog niet altijd een op een mogelijk is. Het zorgkantoor dient voor zover de beschikbare informatie dit mogelijk maakt, in het uitvoeringsverslag over zorgcontractering versus zorgrealisatie zo goed mogelijk verantwoording af te leggen.

Het beleid voor zorginkoop, tijdige zorgverlening en kostenbewaking wordt vanuit de beleidscyclus volgens een vast stramien verantwoord, voor alle zorgaanpak gezamenlijk met aparte vermelding van specifiek beleid bij een zorgaanpak, of ingeval van knelpunten bij specifieke onderdelen.

De circulaire 03/28 van 28 mei 2003 vraagt zorgkantoren zich met ingang van het verslagjaar 2003 te verantwoorden over het beleid op het gebied van toetsing financiële situatie zorginstellingen door early warning. Van belang is dat zorgkantoren in algemene zin vermelden of hoe zij dit instrument hebben vormgegeven, hoe het systeem in de praktijk is toegepast en tot welke resultaten en vervolgcycli dit heeft geleid. Ook eventuele aanbevelingen voor de toepassing van het instrument en eventuele problemen bij de aanlevering van benodigde gegevens door zorgaanbieder dient het zorgkantoor aan te geven in het uitvoeringsverslag.

Toelichting zorginkoop

In elk geval wordt verantwoording afgelegd over het gevoerde beleid ten aanzien van bereikbaarheid, beschikbaarheid en continuïteit van zorg. Te denken valt aan:

- omvang en geografische spreiding zorgaanbod;
- kwaliteit zorgaanbod/zorgaanbieders;
- zorgvernieuwing en intersectorale samenwerking;
- inventarisatie zorgvraag en wachtlijsten;
- beschikbare subsidiemiddelen en inzet van die middelen.

Daarnaast komt het contracteerbeleid aan de orde. Daarbij valt te denken aan:

- met wat voor (typen) zorgaanbieders zijn bijzondere afspraken gemaakt over prijs, kwaliteit, volume?
- Hoe sluiten de productieafspraken met zorgaanbieders aan bij de vraag naar zorg?
- Welke zorgvernieuwingprojecten zijn gecontracteerd?
- Welke informatie wordt gebruikt bij het maken van productieafspraken?
- Welke aspecten worden vastgelegd in het contract met de zorgaanbieder?

Toelichting tijdige zorgverlening

Bij de tijdige zorgverlening moet worden aangegeven in hoeverre het zorgkantoor invulling heeft gegeven aan de gedragsregels 'tijdige zorgverlening zorgverzekeraars' voor het AWBZ-gedeelte. Voor zover producten niet binnen de Treeknormen kunnen worden gecategoriseerd, kan indien eigen registraties worden bijgehouden een kwalitatieve/kwantitatieve beschrijving van de uitkomsten opgenomen worden in het uitvoeringsverslag. Het zorgkantoor geeft in dat geval aan welke norm voor tijdige zorgverlening het zorgkantoor hanteert en of en in hoeverre dat meetbaar is. Het voorgaande geldt ook voor zover zorg/producten na 1 juli 2004 worden geleverd én registratie op functies plaatsvindt. Ten aanzien van zorg met verblijf moeten twee percentages per aanspraak/Treeknorm worden opgegeven, waarbij één betrekking heeft op de 100%-norm en één op de 80%-norm. Bijvoorbeeld:

- Voorbeeld 1: 100% binnen 8 weken (norm 80%), 100% binnen 13 weken (norm 100%)
- Voorbeeld 2: 70% binnen 8 weken (norm 80%), 100% binnen 13 weken (norm 100%).

Mocht het leveren van twee percentages voor zorg met verblijf systeemtechnisch niet haalbaar zijn, dan moet een keuze gemaakt worden voor de 80%-norm of de 100%-norm. Dit toelichten en motiveren in het uitvoeringsverslag.

Toelichting kostenbewaking

Hier geeft het zorgkantoor aan welk beleid het voert ten aanzien van:

- Indicatiecontrole (denk hierbij aan zorgtoewijzing in relatie tot de indicatiestelling);
- Materiële controle (denk hierbij aan de prestaties van zorgaanbieders).

Het zorgkantoor geeft inzicht in het uitvoeringsverslag in de gehanteerde controleaanpak, maar met name in de resultaten en ingezette vervolgcacties. Een en ander in relatie tot de met ingang van 1 januari 2005 van kracht geworden Regeling administratie en controle zorgverzekeraars.

3.c.4. Tabellen gegevens zorg

1) Gegevens nacalculatie ¹⁾	Aantal instellingen	Aantal nog te ontvangen	Aantal in behandeling	Aantal bij CTG/ZAio in behandeling	Aantal afgewikkeld door CTG/ZAio
• naar jaarlaag					

1) per 31 december van het verslagjaar, exclusief decentraal gefinancierde zorg, dat wil zeggen die zorg waarvoor het zorgkantoor de kosten rechtstreeks in rekening brengt bij het CVZ.

Tabellen gegevens zorg (vervolg)

2a) Gegevens zorgaanpak (zorg zonder verblijf)	Gecontracteerd aantal zorg- aanbieders ¹⁾	Productie- afspraken ²⁾	Productie ³⁾	Kosten ⁴⁾
• huishoudelijke verzorging (H102 en H125)				
• persoonlijke verzorging (H126, H127 en H120)				
• verpleging (H104, H106 en H128)				
• ondersteunende begeleiding (F123, H121, H129, H140 en H144)				
• activerende begeleiding (F121, H130, H147, H142 en H143)				
• behandeling (H322 t/m H330)				
• verpleging: AIV (H114)				
• dagactiviteiten (H113, H172, H173, H518 t/m H527)				
• vervoer (F126, H607, H620 tot en met H625, H627)				
• reiskosten (H321)				
• GGZ-contacten (F101 t/m F104, F106, F108 t/m F110, F131 t/m F134, F136, F138 t/m F144, F146, F148 t/m F150, F153, F154, F156, F158 t/m F160, F201, F202, F204, F206, F208 en F221 t/m F225)				
• GGZ-cliënten (F105, F107, F135, F137, F145, F147, F151, F152, F155, F157, F205 en F207)				
• GGZ-cliënt/contact (F122, F451 t/m 466, F471 t/m F478, F481 t/m 484 en F191)				
• GGZ-uur (F121, F123 en F125)				
• prenatale zorg (H151)				
• AIV (H115)				
• voedingsvoorlichting (H116)				
• uitleen verpleegartikelen, incl. transport (H109, H110, H701 t/m 703)				
• Totaal				

1) Aantal gecontracteerde zorgaanbieders = het aantal instellingen op 31 december van het verslagjaar waarvoor het CTG/ZAio tariefsbeschikkingen afgeeft en u productieafspraken voor zorg zonder verblijf mee heeft gemaakt.

2) Afhankelijk van de wijze waarop de 'Productieafspraken' gemaakt wordt het aantal uren (HV, PV, VP, OB, AB en BH), dagdelen (dagactiviteiten), of het aantal contacten of het aantal cliënten of het aantal "cliëntencontacten" (GGZ) dan wel het aantal "medewerkeruren" (prenatale zorg, AIV en voedingsvoorlichting) aangeven.

3) Bij de 'Productie' moet zo veel mogelijk aangesloten worden bij de wijze waarop de productieafspraken is ingevuld.

4) Voor het uitvoeringsverslag 2006 moet bij 'Kosten' uitgegaan worden van de werkelijk gerealiseerde productie, inclusief een schatting voor de laatste periode van 2006 indien voor die periode nog geen informatie van de zorgaanbieders beschikbaar is, exclusief verrekening oude jaren.

Tabellen gegevens zorg (vervolg)

2b) Gegevens zorgaanspraken (zorg met verblijf) ¹⁾	Gecontracteerd aantal zorg- aanbieders ²⁾	Aantal toegelaten plaatsen ³⁾	Productie- afpraak ⁴⁾	Productie ⁵⁾	Budget/kosten ⁶⁾
• zorg met verblijf verpleging en verzorging					
• zorg met verblijf gehandicaptenzorg					
• zorg met verblijf geestelijke gezondheidszorg					
• Totaal					

2c) Gegevens zorgaanspraken (overig) ¹⁾	Gecontracteerd aantal zorg- aanbieders ²⁾	Capaciteit ³⁾	Productie- afpraak ⁴⁾	Productie ⁵⁾	Budget/kosten ⁶⁾
• entadministraties					
• hulpmiddelen, rolstoelen en tandheelkundige hulp					

1) Het gaat om zorg die niet verantwoord moet worden in tabel 2a. Met andere woorden het gaat om de zorg exclusief de in tabel 2a opgenomen zorg.

2) Voor tabel 2b en 2c geldt, dat het aantal gecontracteerde zorgaanbieders = het aantal instellingen op 31 december van het verslagjaar waarvoor het CTG/ZAio tariefsbeschikkingen afgeeft.

3) Het aantal toegelaten plaatsen (tabel 2b)/capaciteit (tabel 2c) op 31 december van het verslagjaar.

4) Afhankelijk van de wijze waarop de 'Productieafpraak' gemaakt wordt het aantal dagen, dagdelen, het aantal "behandelingen" of bedragen aangeven. Bij de tabel 2b 'Gegevens zorgaanspraken (zorg met verblijf)' gaat het alleen om het aantal (verpleeg)dagen.

5) Bij de 'Productie' moet zo veel mogelijk aangesloten worden bij de wijze waarop de productieafpraak is ingevuld. Bij de invulling van de tabel 2c voor hulpmiddelen, rolstoelen en tandheelkundige hulp is de keuze vrij om ook aantallen aan te geven).

6) Voor het uitvoeringsverslag 2006 kan bij 'Budget/kosten' uitgegaan worden van het bedrag opgenomen in de financiële verantwoording, exclusief verrekening oude jaren.

4. Aanleveringsprocedure

Dit onderdeel betreft de wijze waarop de zorgkantoren het uitvoeringsverslag aan het CTZ moet inzenden. Het CTZ zorgt voor doorzending aan het CVZ. Naast fysieke inzending is het verplicht om het uitvoeringsverslag in elektronische vorm ter beschikking te stellen. Zowel de fysieke als elektronische versie van de verantwoording moeten vóór 1 juli 2007 worden ingezonden.

Fysieke inzending

Voor het inzenden van het *fysieke* uitvoeringsverslag over het verantwoordingsjaar 2006 wordt de zorgkantoorhouder verzocht gebruik te maken van de volgende adressering:

College toezicht zorgverzekeringen Postbus 3017 3502 GA Utrecht

Elektronisch format

Vanaf verantwoordingsjaar 2004 moet het uitvoeringsverslag ook in *elektronische* vorm per email worden ingeleverd. Het CTZ stelt hiervoor een elektronisch format ter beschikking. In de email moet vermeld worden dat de inhoud van het elektronische bestand exact overeenkomt met de inhoud van het fysieke uitvoeringsverslag.

Voor de toezending kan gebruik worden gemaakt van het volgende email adres:

infoToezicht@ctz.nl

Overige informatie

Het behoort tot de mogelijkheden dat een zorgkantoorhouder op eigen initiatief of op uitnodiging van het CTZ aanvullende informatie verstrekt over het uitvoeringsverslag. Voor het inzenden daarvan gelden de bovenstaande wijzen van inzending.

Voor alle vragen over het toezenden van het uitvoeringsverslag en de aanvullingen daarop kan men zich per telefoon wenden tot de helpdesk Verantwoording zorgkantoren:

Telefoon (020) 7978034

Bijlage: Overzicht kwantitatieve indicatoren uitvoeringsverslag

T: Interne organisatie

- TO01 Aantal regio-inwoners (65- en 65+) op 1 januari van het verslagjaar
- TO02 Aantal instellingen op 1 januari van het verslagjaar
- TO03 Aantal cliënten zorg met verblijf op 31 december van het verslagjaar
- TO04 Aantal bijdrageplichtigen zorg met verblijf op 31 december van het verslagjaar
- TO05 Aantal cliënten met PGB op 31 december van het verslagjaar
- TO06 Tabellen budgetresultaat en personeelsbezetting (zie hoofdstuk 3.a.6)

V: Verzekerden

- VE01 Aantal nieuwe bijdrageplichtigen zorg met verblijf in het verslagjaar
- VE02 Gemiddelde hoogte opgelegde lage eigen bijdragen zorg met verblijf per bijdrageplichtige verzekerde
- VE03 Gemiddelde hoogte opgelegde hoge eigen bijdragen zorg met verblijf per bijdrageplichtige verzekerde
- VE04 Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen ingaan zorgverlening en eerste maal vaststellen *voorlopige* eigen bijdragen zorg met verblijf
- VE05 Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen eerste maal vaststellen en eerste inning *voorlopige* eigen bijdragen zorg met verblijf
- VE06 Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen ingaan zorgverlening en eerste maal vaststellen *definitieve* eigen bijdragen zorg met verblijf
- VE07 Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen eerste maal vaststellen en eerste inning *definitieve* eigen bijdragen zorg met verblijf
- VE08 Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen einde lage eigen bijdrage en eerste maal vaststellen hoge eigen bijdragen zorg met verblijf
- VE09 Percentage te innen eigen bijdragen aan het eind van het jaar van de in het afgelopen jaar opgelegde eigen bijdragen zorg met verblijf
- VE10 Percentage terug te vorderen van budgethouders aan het eind van het jaar van het totaal budget toegekende PGB's
- VK01 Tabellen klachten (zie hoofdstuk 3.b.5)
- VK02 Gemiddelde duur afhandeling klachten in kalenderdagen

Z: Zorg

- ZC01 Aantal nieuwe cliënten zorg met verblijf in het verslagjaar
- ZC02 Totaal aantal nieuwe PGB-cliënten in het verslagjaar als percentage van het totaal aantal in het verslagjaar geïndiceerde cliënten
- ZC03 Totaal budget toegekende PGB's
- ZC04 Tabellen gegevens zorg (zie hoofdstuk 3.c.4)
- ZC05 Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen ontvangst aanvraag PGB door zorgkantoor en toekenning PGB
- ZC06 Aantal wachtenden in de landelijke wachtlijstregistratie met overbruggingszorg
- ZC07 Aantal wachtenden in de landelijke wachtlijstregistratie zonder zorg
- ZC08 Tabel percentages zorgaanvragen geleverd binnen de Treeknormen

Registratiecode	TO 01
Naam	Aantal regio-inwoners (65- en 65+) op 1 januari van het verslagjaar
Kernbeleidsveld	Interne Organisatie > Typering
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Niet van toepassing
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Ninw1	Aantal regio-inwoners (65- en 65+) op 1 januari van het verslagjaar	De inwoneraantallen per 1 januari 2006 zijn gebaseerd op CBS-cijfers. Het CVZ zal deze gegevens aanleveren.

Berekeningswijze	Ninw1
Dimensie	Aantal personen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	TO02
Naam	Aantal instellingen op 1 januari van het verslagjaar
Kernbeleidsveld	Interne Organisatie > Typering
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Niet van toepassing
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Ninst1	Aantal instellingen op 1 januari van het verslagjaar	De instellingen binnen de regio waarvoor het CTG/ZAio een tariefbeschikking met ingangsdatum 1 januari van het betreffende verslagjaar afgeeft.

Berekeningswijze	Ninst1
Dimensie	Aantal instellingen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	TO03
Naam	Aantal cliënten zorg met verblijf op 31 december van het verslagjaar
Kernbeleidsveld	Interne Organisatie > Typering
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Niet van toepassing
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Ncliënt1	Aantal cliënten zorg met verblijf op 31 december van het verslagjaar	<p>Betreft het aantal cliënten met zorg met verblijf. Hiervoor geldt als peildatum 31 december van het verslagjaar. Zorg met verblijf is inclusief GVT, maar exclusief DVG, dagactiviteit ouderen (voorheen dagverzorging [in verzorgingshuizen]) en dagactiviteit extra (voorheen dagbehandeling in verpleeghuizen).</p> <p>Het aantal cliënten is gelijk aan de som van het 'aantal cliënten met zorg (exclusief PGB en overbruggingszorg)' plus het 'aantal cliënten met overbruggingszorg (exclusief PGB)'.</p>

Berekeningswijze	Ncliënt1
Dimensie	Aantal personen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	TO04
Naam	Aantal bijdrageplichtigen zorg met verblijf op 31 december van het verslagjaar
Kernbeleidsveld	Interne Organisatie > Typering
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Bijdrage regeling zorg en Bijdragebesluit zorg
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens elementen

Element		Toelichting
Nbijdr1 resp. Nbijdr10	Aantal bijdrageplichtigen zorg met verblijf op 31 december van het verslagjaar met een hoge respectievelijk een lage eigen bijdrage	<p>Bijdrageplichtigen waarbij de zorg met verblijf is aangevangen vóór 31/12 maar waarvoor nog geen eigen bijdrage is opgelegd c.q. een BZ/8 is afgegeven, moeten worden meeggeteld. Hiervoor geldt als peildatum 31 december van het verslagjaar.</p> <p>Het gaat om cliënten waarvoor het zorgkantoor op grond van het Bijdragebesluit zorg en de Bijdrage regeling zorg verantwoordelijk is voor de oplegging van respectievelijk hoge en lage eigen eigen bijdragen. In het Besluit en de Regeling staat welke cliënten dit betreft.</p> <p>Cliënten 'verkeerde bed' moeten niet worden meegenomen. De uitvoering van 'verkeerde bed' gebeurt door de zorgverzekeraars en niet de zorgkantoren.</p>

Berekeningswijze	Nbijdr1 (hoge eigen bijdrage) respectievelijk Nbijdr10 (lage eigen bijdrage)
Dimensie	Aantal personen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	TO05
Naam	Aantal cliënten met PGB op 31 december van het verslagjaar
Kernbeleidsveld	Interne Organisatie > Subsidies
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Npgb1	Totaal aantal cliënten met PGB	Het totaal aantal cliënten met een PGB op 31 december van het verslagjaar.

Berekeningswijze	Npgb1
Dimensie	Aantal personen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	TO06
Naam	Tabellen budgetresultaat en personeelsbezetting (zie hoofdstuk 3.a.6)
Kernbeleidsveld	Interne Organisatie > Functioneren
Doelstelling	Functioneren zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Regeling beschikbare middelen beheerskosten AWBZ
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
KbehZ	Werkelijke beheerskosten zorgkantoor	Totaal van de beheerskosten zoals opgenomen in de financiële verantwoording.
Nfte1	Gemiddeld aantal fte's uitvoering PGB	Toerekening fte's aan betreffende activiteiten conform de wijze van toerekening van kosten zoals opgenomen in de circulaire jaarstaat AWBZ. Het aantal fte's administratie moet exclusief het aantal fte's PGB worden opgenomen, d.w.z. dat het totaal op 100% moet uitkomen. Een fte is gelijk aan een volledige aanstelling zoals gedefinieerd de geldende CAO.
Nfte2	Gemiddeld aantal fte's zorgcontractering en zorgtoewijzing	
Nfte3	Gemiddeld aantal fte's administratie	

Berekeningswijze	KbehZ resp. Nfte1 + Nfte2 + Nfte3
Dimensie	Euro resp. fte's
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	VE01
Naam	Aantal nieuwe bijdrageplichtigen zorg met verblijf in het verslagjaar
Kernbeleidsveld	Verzekerden > Eigen Bijdragen
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Bijdrageregeling zorg en Bijdragebesluit zorg
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Nbijdr2	Aantal nieuwe bijdrageplichtigen zorg met verblijf in het verslagjaar	<p>Betreft het aantal bijdrageplichtigen waarvoor het zorgkantoor in het verslagjaar voor de eerste keer een BZ/8 heeft afgegeven.</p> <p>Het gaat om de eerste maal dat een cliënt zorg met verblijf ontvangt. Dit komt overeen met een melding aanvang zorg. Voor verzekerden die zorg met verblijf ontvangen en die niet bijdrageplichtig zijn (verzekerden onder de 18 jaar, en verzekerden die in verband met een psychiatrische aandoening in de instelling van verblijf tevens activerende begeleiding of behandeling ontvangen, gedurende het eerste jaar), wordt de datum waarop de bijdrageplicht ingaat, genomen als datum voor 'ingaan zorgverlening'. Bij overplaatsingen is geen sprake van een 'nieuwe bijdrage-plichtige'.</p>

Berekeningswijze	Nbijdr2
Dimensie	Aantal personen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	VE02
Naam	Gemiddelde hoogte opgelegde lage eigen bijdragen zorg met verblijf per bijdrageplichtige verzekerde
Kernbeleidsveld	Verzekerden > Eigen Bijdragen
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Bijdrage-regeling zorg en Bijdragebesluit zorg
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
EB1	Opgelegde lage eigen bijdragen zorg met verblijf in het verslagjaar	Indien geen definitieve (lage) eigen bijdrage is opgelegd moet de (eventueel) voorlopige oplegging meegenomen worden. Het gaat om de opgelegde eigen bijdragen ongeacht de wijze van inning (broninhouding of neven-incasso).
Nbijdr3	Aantal bijdrageplichtigen met een lage eigen bijdrage op peildatum 1 oktober van het verslagjaar	Het gaat om cliënten waarvoor het zorgkantoor op grond van het Bijdragebesluit zorg en de Bijdrage-regeling zorg verantwoordelijk is voor de oplegging van respectievelijk hoge en lage eigen bijdragen. In het Besluit en de Regeling staat welke cliënten dit betreft. Indien (nog) geen (voorlopige) eigen bijdrage wordt opgelegd, moeten de betreffende bijdrageplichtigen <u>niet</u> worden meegenomen.

Berekeningswijze (EB1 / 12) / Nbijdr3

Dimensie Euro

Kritische norm Niet van toepassing

Registratiecode	VE03
Naam	Gemiddelde hoogte opgelegde hoge eigen bijdragen zorg met verblijf per bijdrageplichtige verzekerde
Kernbeleidsveld	Verzekerden > Eigen Bijdragen
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Bijdrage-regeling zorg en Bijdragebesluit zorg

Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor:
opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
EB2a	Opgelegde hoge eigen bijdragen zorg met verblijf in het verslagjaar	Indien geen definitieve (hoge) eigen bijdrage is opgelegd moet de (eventueel) voorlopige oplegging meegenomen worden. Ook als de voorlopig oplegging feitelijk het laten doorlopen van de lage eigen bijdrage betreft. Het gaat om de opgelegde eigen bijdragen ongeacht de wijze van inning (broninhouding of neven-incasso).
Nbijdr4	Aantal bijdrageplichtigen met een hoge eigen bijdrage op peildatum 1 oktober van het verslagjaar	Het gaat om cliënten waarvoor het zorgkantoor op grond van het Bijdragebesluit zorg en de Bijdrage-regeling zorg verantwoordelijk is voor de oplegging van respectievelijk hoge en lage eigen eigen bijdragen. In het Besluit en de Regeling staat welke cliënten dit betreft. Indien (nog) geen (voorlopige) eigen bijdrage wordt opgelegd, moeten de betreffende bijdrageplichtigen <u>niet</u> worden meegenomen.

Berekeningswijze (EB2a / 12) / Nbijdr4

Dimensie Euro

Kritische norm Niet van toepassing

Registratiecode	VE04
Naam	Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen ingaan zorgverlening en eerste maal vaststellen <i>voorlopige</i> eigen bijdragen zorg met verblijf
Kernbeleidsveld	Verzekerden > Eigen Bijdragen
Doelstelling	Functioneren zorgkantoren (voor zover het zorgkantoor <i>voorlopige</i> eigen bijdragen oplegt)
Wet- en regelgeving	Bijdrageregeling zorg en Bijdragebesluit zorg
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Sdl1	Som doorlooptijden eerste maal vaststellen <i>voorlopige</i> eigen bijdragen zorg met verblijf in het verslagjaar	Datum verzending beschikking minus datum ingang bijdrageplicht. Voor verzekerden die zorg met verblijf ontvangen en die niet bijdrageplichtig zijn (verzekerden onder de 18, en verzekerden die in verband met een psychiatrische aandoening in de instelling van verblijf tevens activerende begeleiding of behandeling ontvangen, gedurende het eerste jaar), wordt de datum waarop de bijdrageplicht ingaat, genomen als datum voor 'ingaan zorgverlening'. Bij overplaatsingen is geen sprake van een 'nieuwe bijdrageplichtige'.
Nbijdr5	Totaal aantal cliënten waarvoor in het verslagjaar voor het eerst een <i>voorlopige</i> eigen bijdrage is vastgesteld	Aantal cliënten

Berekeningswijze	Sdl1 / Nbijdr5
Dimensie	Aantal kalenderdagen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	VE05
Naam	Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen eerste maal vaststellen en eerste inning <i>voorlopige</i> eigen bijdragen zorg met verblijf
Kernbeleidsveld	Verzekerden > Eigen Bijdragen
Doelstelling	Functioneren zorgkantoren (voor zover het zorgkantoor <i>voorlopige</i> eigen bijdragen oplegt)
Wet- en regelgeving	Bijdrageregeling zorg en Bijdragebesluit zorg
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Sdl2	Som doorlooptijden eerste maal innen <i>voorlopige</i> eigen bijdrage zorg met verblijf in het verslagjaar	Datum verzending beschikking minus datum eerste maal innen. Datum eerste inning is de datum van het verzenden van de eerste accept-giro of, als de datum van verzending van het verzoek tot broninhouding eerder is, de datum verzending broninhoudingsverzoek.
Nbijdr6	Totaal aantal cliënten waarvoor in het verslagjaar voor het eerst een <i>voorlopige</i> eigen bijdrage is geïnd	Aantal cliënten

Berekeningswijze	Sdl2 /Nbijdr6
Dimensie	Aantal kalenderdagen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	VE06
Naam	Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen ingaan zorgverlening en eerste maal vaststellen <i>definitieve</i> eigen bijdragen zorg met verblijf
Kernbeleidsveld	Verzekerden > Eigen Bijdragen
Doelstelling	Functioneren zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Bijdrageregeling zorg en Bijdragebesluit zorg
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Sdl3	Som doorlooptijden eerste maal vaststellen <i>definitieve</i> eigen bijdragen zorg met verblijf in het verslagjaar	Datum verzending beschikking minus datum ingang zorgverlening. Voor verzekerden die zorg met verblijf ontvangen en die niet bijdrageplichtig zijn (verzekerden onder de 18, en verzekerden die in verband met een psychiatrische aandoening in de instelling van verblijf tevens activerende begeleiding of behandeling ontvangen, gedurende het eerste jaar), wordt de datum waarop de bijdrageplicht ingaat, genomen als datum voor 'ingaan zorgverlening'. Mocht de herziene uitwisselingsstandaard CA 315 (circulaire CVZ 05/15) materiële invloed hebben op de indicator, dan kan bij datum verzending beschikking uitgegaan worden van het moment dat de eerste keer op basis van informatie van de Belastingdienst een (tijdelijke) definitieve eigen bijdrage wordt opgelegd.
Nbijdr7	Totaal aantal cliënten waarvoor in het verslagjaar voor het eerst een <i>definitieve</i> eigen bijdrage is vastgesteld	Aantal cliënten

Berekeningswijze	Sdl3 / Nbijdr7
Dimensie	Aantal kalenderdagen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	VE07
Naam	Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen eerste maal vaststellen en eerste inning <i>definitieve</i> eigen bijdragen zorg met verblijf
Kernbeleidsveld	Verzekerden > Eigen Bijdragen
Doelstelling	Functioneren zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Bijdrageregeling zorg en Bijdragebesluit zorg
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Sdl4	Som doorlooptijden eerste maal innen <i>definitieve</i> eigen bijdrage zorg met verblijf in het verslagjaar	Datum eerste maal innen minus datum verzending beschikking. Datum eerste inning is de datum van het verzenden van de eerste accept-giro of, als de datum van verzending van het verzoek tot broninhouding eerder is, de datum verzending broninhoudingsverzoek. Mocht de herziene uitwisselingsstandaard CA 315 (circulaire CVZ 05/15) materiële invloed hebben op de indicator, dan kan bij datum verzending beschikking uitgegaan worden van het moment dat de eerste keer op basis van informatie van de Belastingdienst een (tijdelijke) definitieve eigen bijdrage wordt opgelegd.
Nbijdr8	Totaal aantal cliënten waarvoor in het verslagjaar voor het eerst een <i>definitieve</i> eigen bijdrage is geïnd	Aantal cliënten

Berekeningswijze	Sdl4
Dimensie	Aantal kalenderdagen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	VE08
Naam	Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen einde lage eigen bijdrage en eerste maal vaststellen hoge eigen bijdragen zorg met verblijf
Kernbeleidsveld	Verzekerden > Eigen Bijdragen
Doelstelling	Functioneren zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Bijdrageregeling zorg en Bijdragebesluit zorg
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Sdl5	Som doorlooptijden vaststellen hoge eigen bijdrage zorg met verblijf in het verslagjaar	<p>Datum verzending beschikking minus datum einde lage eigen bijdrage.</p> <p>Indien geen definitieve eigen bijdrage is opgelegd moet de (eventueel) voorlopige oplegging meegenomen worden.</p> <p>Het gaat om alle beschikkingen hoge eigen bijdragen in het verslagjaar, ongeacht of de einddatum lage eigen bijdragen in het verslagjaar ligt.</p> <p>Mocht de herziene uitwisselingsstandaard CA 315 (circulaire CVZ 05/15) materiële invloed hebben op de indicator, dan kan bij datum verzending beschikking hoge eigen bijdragen uitgegaan worden van het moment dat de eerste keer op basis van informatie van de Belastingdienst een (tijdelijke) definitieve eigen bijdrage wordt opgelegd in het verslagjaar.</p>
Nbijdr9	Totaal aantal cliënten waarvoor in het verslagjaar voor het eerst een <i>hoge</i> eigen bijdrage is vastgesteld	Aantal cliënten

Berekeningswijze	Sdl5 / Nbijdr9
Dimensie	Aantal kalenderdagen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	VE09
Naam	Percentage te innen eigen bijdragen aan het eind van het jaar van de in het afgelopen jaar <u>opgelegde</u> eigen bijdragen zorg met verblijf
Kernbeleidsveld	Verzekerden > Eigen Bijdragen
Doelstelling	Functioneren zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Bijdrageregeling zorg en Bijdragebesluit zorg
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
EB2b	Te innen eigen bijdragen zorg met verblijf op 31 december van het verslagjaar	Met de te innen eigen bijdragen aan het einde van het jaar wordt hetzelfde bedoeld als met de 'Opgelegde, te innen eigen bijdragen (nevenincasso)' op 31 december 2006 zoals opgenomen in de financiële verantwoording (na aftrek van eventuele restituties ten laste van het verslagjaar).
EB3	Totale opbrengst eigen bijdragen	Betreft het bedrag aan opgelegde eigen bijdragen zoals opgenomen in de financiële verantwoording bij de post 'opgelegde eigen bijdragen AWBZ (over het verslagjaar), inclusief het gedeelte dat door broninhouding wordt geïncasseerd (en na aftrek van eventuele restituties en afboekingen ten laste van het verslagjaar). Het bedrag is in principe gelijk aan EB1 + EB2a.

Berekeningswijze	EB2b / EB3
Dimensie	Percentage
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	VE10
Naam	Percentage terug te vorderen van budgethouders aan het eind van het jaar van het totaal budget toegekende PGB's
Kernbeleidsveld	Verzekerden > Subsidies
Doelstelling	Functioneren zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
PGB1	Het totaal te vorderen bedrag van budgethouders	Betreft het bedrag zoals opgenomen in de financiële verantwoording. Het gaat om openstaande vorderingen uit afrekeningen met budgethouders over 2003, 2004 en 2005 en openstaande vorderingen uit afrekeningen met budgethouders in 2006 van budgetten die in 2006 beëindigd zijn. Het totaal te vorderen bedrag van budgethouders dient aan te sluiten met het in de financiële verantwoording opgenomen bedrag.
PGB2	Het totaal budget toegekende PGB's	Het gaat om het bedrag ten laste van het verslagjaar, exclusief overheveling/garantiebedrag EN na aftrek van de eigen bijdragen.

Berekeningswijze	PGB1 / PGB2
Dimensie	Percentage
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	VK01
Naam	Tabellen klachten (zie hoofdstuk 3.b.5)
Kernbeleidsveld	Verzekerden > Klachten
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Niet van toepassing
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Nkl1 t/m Nkl 8	Aantal klachten	Betreft het aantal klachten onderverdeeld naar de in hoofdstuk 3.b.5 genoemde gezichtspunten. Bezwaarschriften moeten niet meegenomen worden bij de bepaling van het aantal klachten.
Nkl9	Totaal aantal klachten	Nkl9 is gelijk aan het totaal van Nkl1 t/m Nkl8

Berekeningswijze	Nkl1 t/m Nkl8
Dimensie	Aantal
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	VK02
Naam	Gemiddelde duur afhandeling klachten in kalenderdagen
Kernbeleidsveld	Verzekerden > Klachten
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Niet van toepassing
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
SdI6	Som doorlooptijden klachten	Datum afwikkeling klacht minus datum indiening klacht.
NkI9	Totaal aantal klachten	Betreft het aantal klachten waarvoor de afwikkeling in het verslagjaar heeft plaatsgevonden.

Berekeningswijze	SdI6 / NkI9
Dimensie	Aantal kalenderdagen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	ZC01
Naam	Aantal nieuwe cliënten zorg met verblijf in het verslagjaar
Kernbeleidsveld	Zorg > Inkoop
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Besluit zorgaanspraken
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Ncliënt2	Het aantal nieuwe cliënten zorg met verblijf in het verslagjaar	<p>Het betreft het aantal eerste opnames in het verslagjaar. Een eerste opname komt overeen met een melding aanvang zorg met verblijf. Bij overplaatsingen is geen sprake van een 'eerste opname'. Ook bij heropname binnen 30 dagen is geen sprake van een nieuwe opname.</p> <p>Zorg met verblijf is inclusief GVT, maar exclusief DVG, dagactiviteit ouderen (voorheen dagverzorging [in verzorgingshuizen]) en dagactiviteit extra (voorheen dagbehandeling in verpleeghuizen).</p>

Berekeningswijze	Ncliënt2
Dimensie	Aantal personen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	ZC02
Naam	Totaal aantal nieuwe PGB-cliënten in het verslagjaar als percentage van het totaal aantal in het verslagjaar geïndiceerde cliënten
Kernbeleidsveld	Zorg > Subsidies
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Npgb3	Totaal aantal nieuwe PGB-cliënten in het verslagjaar	<p>Het betreft alleen PGB-cliënten die niet voorgaand aan de nieuwe toekenning al een persoonsgebonden budget hadden en voor zover nog relevant exclusief omzettingen van PGB oude naar nieuwe stijl. Het gaat om het aantal PGB-cliënten inclusief de cliënten die (handmatig) zijn aangemeld door een bureau Jeugdzorg.</p> <p>Voor het aantal nieuwe PGB-cliënten dient te worden aangesloten bij de 'monitoring PGB nieuwe stijl' zoals het CVZ die op 4 september 2002 aan de zorgkantoren heeft gezonden. Het gaat dan om de gegevens in hoofdstuk 1, onderdeel 2: Het aantal in het afgelopen jaar nieuw in de administratie opgenomen budgethouders, zonder de in de monitor gevraagde onderverdeling.</p>
Ncliënt3	Totaal aantal cliënten in het verslagjaar geïndiceerd	<p>Het betreft alle cliënten die geïndiceerd zijn in het verslagjaar (inclusief herindicaties) plus alle cliënten die (handmatig) zijn aangemeld door een bureau Jeugdzorg, ongeacht of dit voor zorg in natura of voor PGB is. Dat wil zeggen dat de datum waarop het CIZ de indicatiebeschikking heeft afgegeven in het verslagjaar valt of de aanmelding van een bureau Jeugdzorg is in het verslagjaar ontvangen.</p>

Element (vervolg)	Toelichting
	Aangezien AZR in nog niet 'volledig beschikbaar' is, kan voor het totaal aantal in het verslagjaar geïndiceerde cliënten volstaan worden met het in AZR geregistreerde aantal geïndiceerde cliënten, inclusief herindicaties.

Berekeningswijze	Npgb3 / Ncliënt3
Dimensie	Percentage
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	ZC03
Naam	Totaal budget toegekende PGB's
Kernbeleidsveld	Zorg > Subsidies
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Kpgb1	Totaal budget toegekende PGB's	Het betreft toegekende PGB's waarvoor de kosten ten laste van het verslagjaar komen, exclusief overheveling/garantiebedrag EN na aftrek eigen bijdragen.

Berekeningswijze	Kpgb1
Dimensie	Euro
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	ZC04
Naam	Tabellen gegevens zorg (zie hoofdstuk 3.c.4)
Kernbeleidsveld	Zorg > Inkoop
Doelstelling	Typering en classificatie zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Besluit zorgaanspraken
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens elementen

Element		Toelichting
Tabel1	Gegevens nacalculatie	Het gaat om de <i>aantallen</i> nacalculaties per 31 december van het verslagjaar betreffende het jaar 2006, 2005, 2004, etc naar de in hoofdstuk 3.c.4 genoemde gezichtspunten.
Tabel2	Gegevens zorgaanspraken	<p>Per 31 december van het verslagjaar onderverdeeld naar de in hoofdstuk 3.c.4 genoemde gezichtspunten.</p> <p>Als gevolg van de verdergaande modernisering van de AWBZ is het niet mogelijk gedetailleerde richtlijnen met betrekking tot de verschillende zorgrubrieken te geven. Dit heeft verschillende oorzaken, zoals AWBZ-brede toelating, de stichtingsbudgettering en de functionele omschrijving van zorgaanspraken. Gedurende de overgangsfase naar een functiegerichte bekostiging, zal deze problematiek voortduren.</p> <p>Het zorgkantoor zal de in de tabellen de gegevens zorg zo goed mogelijk moeten invullen. Bij de kolom 'productie' is het van belang zo goed mogelijk aan te sluiten bij de wijze waarop de productieafspraken zijn vastgelegd. Voor zover aansluiting met de financiële verantwoording voor wat betreft de kolom 'budget/kosten' mogelijk is, is dat wenselijk.</p> <p>Tabel 2a 'Zorg zonder verblijf' is facultatief. Indien het zorgkantoor de</p>

Element (vervolg)	Toelichting
	<p>gevraagde gegevens (nog) niet op deze wijze kan weergeven, moet het zorgkantoor op eigen wijze een zo goed mogelijke kwantitatieve verantwoording geven van de zorg zonder verblijf.</p> <p>Voor de tabellen 2b 'Zorg met verblijf' en 2c 'Overig' geldt, dat indien een instelling (één AGB-code) meerdere voorzieningen aanbiedt, bijvoorbeeld een instelling voor de Geestelijke Gezondheidszorg die naast psychiatrische hulp ook een RIAGG en een RIBW in huis heeft, de betreffende instelling onder één van de voorzieningen moet worden meegenomen aangezien het CTG/ZAio ook maar één tariefsbeschikking hiervoor afgeeft. De instelling dient te worden meegenomen bij de voorziening die het grootste deel van de door die instelling geleverde zorg betreft. Hierbij komt deze instelling NIET terecht onder de overige instellingen. Nieuwe op basis van functies toegelaten instellingen kunnen zo nodig geclusterd opgenomen worden onder 'overige instellingen'.</p> <p>Het eventueel toevoegen van regels aan tabellen behoort tot de mogelijkheden. In (de facultatieve) tabel 2a kunnen eventueel ook regels verwijderd worden indien de gevraagde gegevens niet zijn weer te geven.</p>

Berekeningswijze

Tabel 1: Divers, Tabel 2: Divers

Dimensie

Tabel 1: aantallen nacalculaties en Tabel 2: aantallen zorgaanbieders, aantal toegelaten plaatsen c.q. capaciteit, productieafspraken (euro/aantallen), productie (euro/aantallen) en budget (euro).

Kritische norm

Niet van toepassing

Registratiecode	ZC05
Naam	Gemiddeld aantal kalenderdagen tussen ontvangst aanvraag PGB door zorgkantoor en toekenning PGB
Kernbeleidsveld	Zorg > Subsidies
Doelstelling	Functioneren zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Sdl7	Som doorlooptijden toekenning PGB	Verzenddatum toekenningsbeschikking PGB minus datum aanvraag PGB. De datum aanvraag betreft de datum waarop het zorgkantoor het indicatiebesluit PGB heeft ontvangen, hoewel de feitelijke aanvraag voor een PGB plaatsvindt bij het CIZ.
Npgb5	Totaal aantal cliënten	Betreft het aantal cliënten waarvoor in het verslagjaar een PGB is toegekend, inclusief voor zover relevant omzettingen van PGB oude naar nieuwe stijl.

Berekeningswijze	Sdl7 / Npgb5
Dimensie	Aantal kalenderdagen
Kritische norm	Niet van toepassing

Registratiecode	ZC06
Naam	Aantal wachtenden in de landelijke wachtlijstregistratie met overbruggingszorg ¹⁾
Kernbeleidsveld	Zorg > Inkoop
Doelstelling	Functioneren zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Besluit zorgaanspraken, gedragsregels 'tijdige zorgverlening zorgverzekeraars'
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Ncliënt4	Totaal aantal wachtenden met overbruggingszorg	<p>Het aantal cliënten in de landelijke wachtlijstregistratie met overbruggingszorg conform afspraken geautomatiseerde systemen en externe integratie standaarden op 31 december van het verslagjaar, los van de vraag of een cliënt voor meerdere functies een indicatie heeft.</p> <p>Aangezien AZR in 2006 nog niet 'volledig beschikbaar' is, kan volstaan worden met invulling van dit kengetal voor (voormalig) V&V. Uitgangspunt voor de peildatum is de peildatum voor de gegevensaanlevering voor de landelijke wachtlijstmeting. De teldefinitie is het aantal personen.</p>

Berekeningswijze	Ncliënt4
Dimensie	Aantal personen
Kritische norm	Niet van toepassing

1) Hoewel het CTZ en het CVZ via AZR over deze informatie beschikken wordt deze prestatie-indicator gevraagd via het uitvoeringsverslag als kwantitatieve illustratie bij de inhoudelijke verantwoording over het beleid en de uitvoering van het wachtlijstbeheer.

Registratiecode	ZC07
Naam	Aantal wachtenden in de landelijke wachtlijstregistratie zonder zorg ¹⁾
Kernbeleidsveld	Zorg > Inkoop
Doelstelling	Functioneren zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Besluit zorgaanspraken, gedragsregels 'tijdige zorgverlening zorgverzekeraars'
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren)	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Ncliënt5	Totaal aantal wachtenden zonder zorg	Het aantal cliënten in de landelijke wachtlijstregistratie zonder zorg conform afspraken geautomatiseerde systemen en externe integratie standaarden op 31 december van het verslagjaar, los van de vraag of een cliënt voor meerdere functies een indicatie heeft. Dit betekent dat moet worden uitgegaan van het aantal personen. Iemand die geïndiceerd is voor meer dan één functie en bijvoorbeeld slechts zorg ontvangt voor één van de geïndiceerde functies, moet NIET meegeteld worden.

Berekeningswijze	Ncliënt5
Dimensie	Aantal personen
Kritische norm	Niet van toepassing

1) Hoewel het CTZ en het CVZ via AZR over deze informatie beschikken wordt deze prestatie-indicator gevraagd via het uitvoeringsverslag als kwantitatieve illustratie bij de inhoudelijke verantwoording over het beleid en de uitvoering van het wachtlijstbeheer.

Registratiecode	ZC08
Naam	Tabel percentages zorgaanvragen geleverd binnen de Treeknormen
Kernbeleidsveld	Zorg > Inkoop
Doelstelling	Functioneren zorgkantoren
Wet- en regelgeving	Besluit zorgaanspraken, gedragsregels 'tijdige zorgverlening zorgverzekeraars'
Terugkoppeling aan (houders) zorgkantoren	Afhankelijk van de beoordeling van een eventuele nadere toelichting door het zorgkantoor: opvraag aanvullende informatie bij extreme afwijking ten opzichte van voorgaande jaren.

Gegevens-elementen

Element		Toelichting
Tabel3	Percentages aanspraken binnen (Treek-) norm	<p>Ten aanzien van zorg met verblijf dienen in principe twee percentages per aanspraak/Treek-norm te worden opgegeven, waarbij één betrekking heeft op de 100%-norm en één op de 80%-norm.</p> <p>Voor zorg zonder verblijf moet een keuze gemaakt worden voor de 80%-norm of de 100%-norm (dit motiveren in het uitvoeringsverslag).</p> <p>Voor zover producten niet binnen de Treeknormen kunnen worden gecategoriseerd dan wel na 1 juli 2004 worden geleverd waarbij registratie op functies plaatsvindt, wordt verwezen naar hoofdstuk 3.c.3. onderdeel 'Toelichting zorg-contractering'.</p> <p>Het gaat alleen om de centraal (via het CAK) gefinancierde zorg.</p>

Berekeningswijze	Divers
Dimensie	Percentages
Kritische norm	Niet van toepassing