



Nederlandse Zorgautoriteit

Onderzoek naar aan- en
afwezigheid in de intramurale
AWBZ-zorg

KPMG Accountants N.V.
Amstelveen, maart 2011
Dit rapport heeft 30 pagina's

Managementsamenvatting

In deze managementsamenvatting geven wij per onderzoeksvraag bondig antwoord op de onderzoeksvragen in dit onderzoek.

1 Welke vormen van afwezigheid worden door het veld herkend?

Een aantal vormen van afwezigheid wordt door het veld herkend. Deze zijn onder te verdelen in drie hoofdcategorieën:

- 1 **Cliënt verblijft in een andere instelling:** ziekenhuis/revalidatiecentrum, (andere) AWBZ-instelling, detentie/forensische zorg.
- 2 **Cliënt verblijft vrijwillig elders:** familiebezoek, vakantie, loopt weg uit de instelling, verblijft elders vanuit therapeutisch oogpunt.
- 3 **Cliënt gaat permanent weg:** overlijden, verhuizing.

2 Welke definities worden er voor afwezigheid gehanteerd?

Er worden door zorgaanbieders verschillende definities gehanteerd over wat gezien moet worden als afwezigheid. De vraag of de dag van vertrek van de cliënt ook gezien moet worden als een afwezigheidsdag wordt door aanbieders verschillend beantwoord. Ditzelfde geldt met betrekking tot de terugkeer van de cliënt. Sommige zorgaanbieders geven aan een duidelijke definitie te willen over wat gezien wordt als een afwezigheidsdag en welke voorwaarden er aan verbonden worden, bijvoorbeeld het tijdstip op de dag dat de cliënt vertrekt. Andere zorgaanbieders geven aan prima uit de voeten te kunnen met de huidige regelgeving.

3 Wat wordt er door zorgaanbieders geregistreerd over aan- en afwezigheid?

Het onderzoek laat zien dat afwezigheid in de intramurale AWBZ sterk wisselend wordt vastgelegd. Het blijkt dat veel zorgaanbieders geen of beperkt registraties voorhanden hebben van de omvang van afwezigheid, dit speelt met name in de gehandicaptenzorg (GHZ) en in de verpleging en verzorging (V&V). Vaak wordt wel de niet-declarabele afwezigheid geregistreerd, maar niet de feitelijke afwezigheid van de cliënt.

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn vaak wel afwezigheidsregistraties voor handen. Dit valt mogelijk te verklaren doordat de GGZ geconfronteerd wordt met andere financieringsvormen waar de afwezigheidsregistratie meer van belang is voor de financiering.

4 Wat is de kwaliteit van de registraties?

De kwaliteit van de registraties is wisselend. Over het algemeen is de kwaliteit van de registraties in de GGZ relatief goed ten opzichte van de V&V en GHZ. Dit valt waarschijnlijk te verklaren doordat de GGZ voor onder meer de DBC-registratie gewend is om de afwezigheid van de cliënt te registreren. Aan- en afwezigheid wordt, indien dit wordt geregistreerd, vast gelegd in de productieregistratiesystemen van de zorgaanbieders.

5 Wordt er, indien er geregistreerd wordt, geregistreerd in ZZP's?

Er wordt op cliëntniveau geregistreerd. Dit is ondermeer nodig om te kunnen declareren op basis van de AW319. Aan elke cliënt is een ZZP gekoppeld. Wanneer de afwezigheid wordt geregistreerd gebeurt dit op cliëntniveau.

6 Zijn de gegevens bruikbaar voor onderzoek of moeten in het onderzoek eerst gegevens uitgevraagd worden?

Wij raden aan de gegevens verkregen in dit onderzoek louter als indicatieve gegevens te beschouwen, omdat:

- wel gekozen is voor kwalitatieve representativiteit van de in het onderzoek meegenomen zorgaanbieders voor de sector, maar statistische representativiteit niet is onderzocht;
- een aantal zorgaanbieders alleen gegevens over de niet-declarabele afwezigheid heeft aangeleverd in plaats van de feitelijke afwezigheid;
- een aantal zorgaanbieders op punten inschattingen heeft gedaan, omdat registraties op die punten ontbraken;
- veel zorgaanbieders niet in staat waren aangeleverde totalen te specificeren en in die gevallen alleen op totaalniveau is aangeleverd (hierdoor tellen de categorieën in het overzicht niet op tot een totaal).

Wanneer oplossingsrichtingen verder onderzocht worden en bepaald moet worden wat de impact is van de oplossingsrichting op het macrobudget, raden wij aan aanvullend onderzoek te verrichten.

7 Is het mogelijk de gegevens te gebruiken voor sectoroverstijgende bekostiging? Indien er slechts beperkte gegevens beschikbaar zijn van één sector, zijn die gegevens met die van andere sectoren voldoende?

De huidige gegevens zijn niet voldoende om de impact te bepalen van een oplossingsrichting op het macrobudget. Verder laten de verschillende sectoren andere beelden zien qua omvang en knelpunten rondom afwezigheid.

8 Wat zijn de knelpunten die het 'veld' ervaart rondom aan- en afwezigheid?

Zorgaanbieders ervaren in verschillende mate knelpunten. Niet alleen tussen, maar ook binnen sectoren worden de knelpunten anders ervaren. Dit heeft dan met name te maken of de instelling wel of niet is toegelaten voor verblijf met behandeling. Bij plaatsen toegelaten voor behandeling mag er een maximum aan dagen per keer gedeclareerd worden, wanneer de cliënt vrijwillig elders verblijft (bijvoorbeeld vakantie of familiebezoek). Er worden knelpunten ervaren rondom de dekking van kosten wanneer een cliënt permanent de instelling verlaat. In de V&V worden deze kosten gedekt door mutatiedagen in de overige sectoren is daar geen regeling voor. Daarnaast geven zorgaanbieders aan dat het overgrote gedeelte van de kosten doorloopt wanneer de cliënt afwezig is. De mate waarin knelpunten worden ervaren verschilt per sector en per individuele zorgaanbieder.

9 Is gezien de huidige situatie, een toereikende financiering van aan- en afwezigheid?

Voor wat betreft verblijf zonder behandeling worden weinig knelpunten met betrekking tot toereikendheid van de financiering ervaren, omdat op deze plaatsen doorgedeclareerd mag worden wanneer de cliënt afwezig is. Voor verblijf met behandeling geldt dat met name knelpunten worden ervaren rondom tijdelijk verblijf in een andere instelling (vooral ziekenhuis) en tijdelijke afwezigheid in verband met bijvoorbeeld vakantie.

10 Aan welke kaders moeten oplossingsrichtingen voldoen?

Er zijn een drietal kaders door de NZa geformuleerd, te weten:

- 1 Eenvoudige regel, makkelijk uit te leggen en te verantwoorden
- 2 Eenduidig binnen sectoren en liefst ook tussen de sectoren
- 3 Moet aansluiten bij ZZP systematiek en derhalve cliëntvolgend zijn

Voorts heeft de NZa de wens meegegeven om tot een oplossingsrichting te komen waarbij bekostiging plaatsvindt op basis van aanwezigheid en niet op basis van afwezigheid. Verder ligt het niet in de lijn der verwachting dat er extra budget beschikbaar komt en zal een oplossingsrichting ook budgetneutraal doorgevoerd moeten kunnen worden.

11 Welke mogelijke oplossingsrichtingen zijn te onderscheiden?

De volgende oplossingsrichtingen zijn op basis van het onderzoek van KPMG in een expertsessie met veldpartijen geïdentificeerd:

- 1 Alles doordeclaren (Volledige vergoeding afwezigheid).
- 2 Geen onderscheid in vergoeding tussen verblijf met en zonder behandeling.
- 3 Alles doordeclaren tot een maximum afwezigheid gekoppeld aan de inschrijving van de cliënt.
- 4 Integraal tarief met opslag voor afwezigheid.
- 5 Gebruik naast ZZP tarieven een “lumpsum” of opslag als vergoeding voor allerlei soorten (legitieme en frictie-) afwezigheid.
- 6 Vergoeding afwezigheid op basis van vaste kosten.
- 7 Alleen vergoeding NHC tarief bij afwezigheid.
- 8 Vergoeding afwezigheid op basis van behandelplan.
- 9 Individuele afspraken zorgkantoor.
- 10 Mutatiedagen ook voor andere sectoren dan V&V afspreken.

12 Wat zijn de gevolgen van de oplossingsrichtingen voor het veld en in welke mate bieden ze een oplossing van de problemen en voldoen ze aan de gestelde kaders?

Tijdens de expertsessie zijn bovengenoemde oplossingsrichtingen besproken. Verder is bekeken welke oplossingsrichtingen eenvoudig zijn in te voeren, gezien vanuit de zorgaanbieders, en welke het meeste effectief zijn. De eerste vier oplossingsrichtingen bleken hiervoor het meest geschikt. In principe voldoen alle oplossingsrichtingen aan de kaders zoals deze door de NZa zijn meegegeven.

KPMG adviseert de volgende oplossingsrichtingen nader te onderzoeken:

- 1 Alles doordeclaren tot een maximum afwezigheid gekoppeld aan de inschrijving van de cliënt.
- 2 Integraal tarief met opslag voor afwezigheid

Daarnaast is er ook een aantal oplossingen aan het licht gekomen dat mogelijk al op de korte termijn voor een gedeeltelijke verbetering van de huidige regeling zouden kunnen zorgen.

- 1 Opheffen verschillen tussen de sectoren voor declareren afwezigheid bij vrijwillig verblijf elders.
- 2 Declareren van afwezigheid in het geval van verblijf in een ziekenhuis van cliënten voor verblijf met behandeling.
- 3 Maximum aantal dagen afwezigheid declareren wanneer een cliënt vrijwillig elders verblijft (bijvoorbeeld familiebezoek of vakantie).
- 4 Eenduidige definitie bepalen wat onder een afwezigheidsdag wordt verstaan.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	2
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doel- en vraagstelling	7
1.3 Aanpak van het onderzoek	8
1.4 Participatie van het veld	9
1.5 Leeswijzer	9
2 Omvang van afwezigheid	10
2.1 Redenen van afwezigheid	10
2.2 Beschikbaarheid van gegevens	10
2.3 Indicatie van de omvang van afwezigheid	11
2.4 Conclusie	13
3 Knelpunten	14
3.1 Knelpuntenanalyse	14
3.2 Toekomstplannen bekostiging AWBZ	18
3.3 Conclusie	18
4 Oplossingsrichtingen	19
4.1 Kaders	19
4.2 Oplossingsrichtingen die nader onderzocht kunnen worden	19
4.3 Uitwerking oplossingsrichtingen	20
4.4 Conclusie	27
5 Wat hebben we verder gehoord?	29
Bijlage: Lijst met deelnemers aan het onderzoek	30

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Op 1 januari 2009 zijn zorgzwaartepakketten (ZZP's) ingevoerd in de intramurale AWBZ. De invoering van de ZZP's sluit aan op de ontwikkeling dat verschillen tussen sectoren binnen de AWBZ kleiner worden, zowel zorginhoudelijk als op het gebied van bedrijfsvoering.

De huidige declaratieregels rondom afwezigheid zijn nog niet aangepast en sluiten niet volledig aan op de systematiek van de zorgzwaartepakketten. Tussen, maar ook binnen de sectoren zijn er verschillen in regelgeving. Voor cliënten die verblijven op een plaats toegelaten voor behandeling gelden bijvoorbeeld andere regels dan voor cliënten die verblijven op een plaats die niet toegelaten is voor behandeling.

De NZa ontvangt vragen en signalen die duiden op knelpunten op dit onderwerp. Aan KPMG is gevraagd een vooronderzoek te verrichten naar de bekostiging van aan- en afwezigheid in de intramurale AWBZ.

1.2 Doel- en vraagstelling

De doelstelling van het onderzoek is drieledig en is erop gericht inzicht te krijgen in:

- 1 de omvang van afwezigheid binnen de verschillende sectoren
- 2 de knelpunten rondom de afwezigheidsregelingen
- 3 mogelijke oplossingsrichtingen

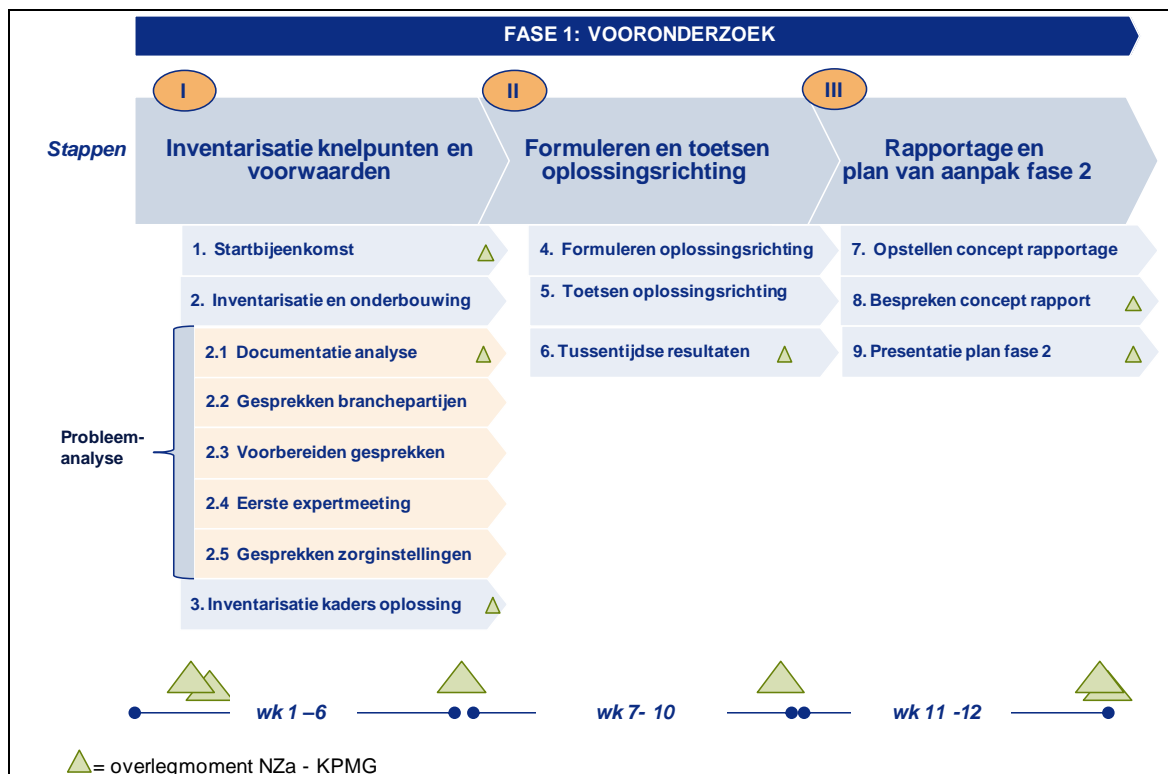
De drie doelstellingen concretiseren zich in twaalf onderzoeksvragen, te weten:

- 1 Welke vormen van afwezigheid worden door het veld herkend?
- 2 Welke definities worden er voor afwezigheid gehanteerd?
- 3 Wat wordt er door zorgaanbieders geregistreerd over aan- en afwezigheid?
- 4 Wat is de kwaliteit van de registraties?
- 5 Wordt er, indien er geregistreerd wordt, geregistreerd bij de ZZP's?
- 6 Zijn de gegevens bruikbaar voor onderzoek of moeten in het onderzoek eerst gegevens uitgevraagd worden?
- 7 Is het mogelijk de gegevens te gebruiken voor sectoroverstijgende bekostiging? Indien er slechts beperkte gegevens beschikbaar zijn van één sector, zijn die gegevens met die van andere sectoren voldoende?
- 8 Wat zijn de knelpunten die het 'veld' ervaart rondom aan- en afwezigheid?
- 9 Is er, gezien de huidige situatie, een toereikende financiering van aan- en afwezigheid?
- 10 Aan welke kaders moeten oplossingsrichtingen voldoen?
- 11 Welke mogelijke oplossingsrichtingen zijn te onderscheiden?
- 12 Wat zijn de gevolgen van de oplossingsrichtingen voor het veld en in welke mate voldoen ze aan oplossing van de problemen en gestelde kaders?

Dit vooronderzoek is een eerste fase. Afhankelijk van de uitkomsten is het de intentie een tweede fase te initiëren waarin de oplossingsrichtingen verder worden uitgewerkt en waarbij een vernieuwde bekostigingsvorm voor afwezigheid wordt ontwikkeld.

1.3 Aanpak van het onderzoek

Onderstaand overzicht geeft schematisch de aanpak van het onderzoek weer. Het onderzoek is onderverdeeld in drie stappen.



In de eerste stap zijn knelpunten en voorwaarden geïnventariseerd. In deze stap van het onderzoek zijn gesprekken gevoerd met branchepartijen.

- Geïnterviewde branchepartijen in de eerste stap:
- Actiz
 - Federatie opvang
 - Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
 - GGZ Nederland
 - Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

In deze eerste stap vond ook een expertmeeting plaats. In deze expertmeeting zijn de knelpunten besproken en is de verdere aanpak bepaald en vragenlijst opgesteld voor de interviews met zorgaanbieders. Daarnaast is ook stil gestaan bij de kaders voor oplossingsrichtingen.

Hierna zijn interviews gehouden met vijftien zorgaanbieders, verdeeld over de drie sectoren. Tijdens deze interviews zijn de zorgaanbieders bevraagd op ondermeer de knelpunten die zij ervaren, de omvang van afwezigheid en (kaders voor) oplossingsrichtingen. Als afronding van de eerste stap zijn door de NZa de kaders bepaald voor de oplossingsrichtingen.

In de tweede stap zijn oplossingsrichtingen geformuleerd en getoetst. In een tweede expertsessie is gebrainstormd over de oplossingsrichtingen. Hierbij zijn de kaders die door de NZa zijn meegegeven als leidraad gebruikt. Bij deze expertsessie was een groot aantal zorgaanbieders aanwezig, de branchepartijen die geïnterviewd waren in de eerste stap en één zorgkantoor. Daarnaast zijn in deze expertsessie de oplossingsrichtingen beoordeeld op de eenvoud waarmee deze ingevoerd kunnen worden bij zorgaanbieders en de te verwachten effectiviteit. Op basis hiervan heeft een prioritering van de oplossingsrichtingen plaats gevonden

In de derde stap heeft de rapportage plaatsgevonden. Op basis van de uitkomsten van deze rapportage zal een plan van aanpak worden geschreven voor de tweede fase. In de tweede fase worden de oplossingsrichtingen verder uitgewerkt en waarbij een bekostigingsvorm voor afwezigheid wordt ontwikkeld.

1.4 Participatie van het veld

Bij de start van het onderzoek is vastgesteld dat participatie van de veldpartijen essentieel is. Niet alleen om te komen tot volledige en juiste inzichten, maar ook om te komen tot oplossingsrichtingen die aansluiten bij de beleving van deze partijen. Daarom is ervoor gekozen om alle relevante branchepartijen in dit onderzoek te betrekken en vijftien individuele zorgaanbieders te interviewen. Deze waren ook allen uitgenodigd voor de tweede expertsessie.

De selectie van zorgaanbieders, ondermeer voor de interviewronde, is gemaakt in samenspraak met de branchepartijen. Daarnaast waren ook Zorgverzekeraars Nederland en een zorgkantoor betrokken bij dit onderzoek. In de bijlage is een overzicht opgenomen van de organisaties die hebben meegewerkt aan dit onderzoek.

1.5 Leeswijzer

Deze rapportage start met een managementsamenvatting, waarin de deelvragen puntsgewijs zijn beantwoord. In het volgende hoofdstuk belichten we de aanpak van het onderzoek.

De kern van de rapportage is opgebouwd rond de drieledige doelstelling van het onderzoek. Hoofdstuk twee schetst de omvang van afwezigheid binnen de verschillende sectoren. In hoofdstuk drie worden de knelpunten rondom de afwezigheidsregelingen beschreven. Hoofdstuk vier gaat in op mogelijke oplossingsrichtingen die KPMG ziet, passend binnen de kaders van de NZa.

De rapportage sluit af met een overzicht van interessante punten die naar voren zijn gekomen zijn in interviews en expertsessies. Deze punten hebben niet direct een relatie met de onderzoeksvragen. Wij willen deze punten wel meegeven als aandachtspunten.

2 Omvang van afwezigheid

2.1 Redenen van afwezigheid

Het onderzoek laat zien dat drie hoofdcategorieën te onderscheiden zijn in afwezigheid van een cliënt. Deze redenen worden hieronder weergegeven, verder uitgesplitst en toegelicht.

Reden van afwezigheid	Definitie
1. Cliënt verblijft in een andere instelling	Cliënt verblijft tijdelijk bij een andere instelling/organisatie
a. Ziekenhuis/revalidatiecentrum	Cliënt verblijft tijdelijk in een andere instelling waar zorg wordt bekostigd op basis van de Zorgverzekeringswet
b. (andere) AWBZ instelling	Cliënt verblijft tijdelijk: <ul style="list-style-type: none"> • in een andere instelling met zorg die wordt bekostigd vanuit de AWBZ • op een plaats toegelaten voor behandeling binnen dezelfde AWBZ instelling
c. detentie/forensische zorg	Cliënt verblijft tijdelijk in detentie of op een aangewezen plaats voor forensische zorg
2. Cliënt verblijft vrijwillig elders	De cliënt verblijft vrijwillig op een andere plaats niet zijnde een zorginstelling, penitentiaire-inrichting of een plaats waar forensische zorg wordt geboden.
a. familiebezoek	Cliënt gaat op bezoek bij familie / kennissen
b. vakantie	Cliënt gaat onafhankelijk van de instelling op vakantie
c. loopt weg uit de instelling	Cliënt loopt weg uit de instelling
d. verlijft elders vanuit therapeutisch oogpunt	Vanuit therapeutisch oogpunt verblijft de cliënt buiten de instelling
3. Cliënt gaat permanent weg	Cliënt vertrekt permanent van zijn huidige plaats
a. overlijden	Cliënt komt te overlijden
b. verhuizing	Cliënt verhuist, dit kan zowel binnen als buiten de zorgorganisatie zijn.

2.2 Beschikbaarheid van gegevens

Tijdens de interviews met de zorgaanbieders is gevraagd naar de omvang van afwezigheid, met als doel een eerste beeld te krijgen bij de omvang van afwezigheid. Als er geen registraties voorhanden waren, is aanbieders gevraagd een inschatting te maken. Er is gevraagd om de gegevens zoveel mogelijk uit te splitsen naar de verschillende categorieën van afwezigheid. De uitvraag laat zien dat afwezigheid in de intramurale AWBZ sterk wisselend wordt vastgelegd.

Tijdens het onderzoek bleek dat veel zorgaanbieders geen of beperkt registraties voorhanden hebben van de afwezigheid, dit speelt met name in de gehandicaptenzorg (hierna: GHZ) en in de verpleging en verzorging (hierna: V&V). Vaak wordt wel niet-declarabele afwezigheid geregistreerd, maar niet de feitelijke afwezigheid van de cliënt. Een voorbeeld hiervan is een cliënt in de GHZ die een weekend bij familie verblijft. De cliënt is dan feitelijk afwezig, omdat deze afwezigheid mag worden gedeclareerd (declarabele afwezigheid binnen termijn van 14 dagen) en voorzien wordt dat de cliënt na het weekend terugkomt, wordt de afwezigheid niet geregistreerd. In een dergelijk geval ontstaat een verschil tussen de feitelijke afwezigheid en de geregistreerde afwezigheid van de cliënt.

In de geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) zijn vaak wel afwezigheidsregistraties voorhanden. Dit valt onder andere te verklaren doordat de GGZ geconfronteerd wordt met andere financieringsstromen waar de afwezigheidsregistratie meer van belang is. In de V&V en GHZ is er mogelijk sprake van minder afwezigheid volgens de registraties dan de feitelijke afwezigheid, omdat er geen noodzaak is afwezigheid te registreren. Immers, de afwezigheid is in veel gevallen declarabel. Sommige zorgaanbieders waren niet in staat gegevens uit te splitsen naar type aanwezigheid en hebben uitsluitend op totaalniveau gegevens aangeleverd.

2.3 Indicatie van de omvang van afwezigheid

In de tabel op de volgende pagina wordt de omvang van afwezigheid weergegeven in een percentage ten opzichte van het totaal aan ZZP-dagen. Wij raden aan deze gegevens als louter indicatieve gegevens te beschouwen, omdat:

- Wel gekozen is voor kwalitatieve representativiteit van de meegenomen zorgaanbieders voor de sector, maar statistische representativiteit niet is onderzocht
- een aantal zorgaanbieders alleen gegevens over de niet-declarabele afwezigheid heeft aangeleverd in plaats van de feitelijke afwezigheid;
- een aantal zorgaanbieders op punten inschattingen heeft gedaan, omdat registraties op die punten ontbraken;
- veel zorgaanbieders niet in staat waren aangeleverde totalen te specificeren en er alleen op totaalniveau is aangeleverd (hierdoor tellen de categorieën in het overzicht niet op tot een totaal).

Daarnaast is één organisatieonderdeel van een betrokken V&V instelling niet meegenomen, omdat dit onderdeel veel leegstand constateert door een hoge omloopsnelheid van cliënten. Voorts is één instelling in de zintuiglijk gehandicapten sector niet meegenomen, omdat deze instelling ongeveer 20% afwezigheid kent doordat de cliëntenpopulatie uit schoolgaande jeugd bestaat. Deze cliënten gaan in de weekenden en in de vakantie naar huis.

	Omvang in % t.o.v. ZZP dagen					
	V&V		GHZ		GGZ	
	Met behandeling	Zonder behandeling	Met behandeling	Zonder behandeling	Met behandeling	Zonder behandeling
Totaal	1,4%	1,9%	2,7%	1,8%	5,5%	2,8%
Hoogste waarneming	3,1%	3,3%	4,5%	2,0%	9,5%	4,5%
Laagste waarneming	0,5%	0,5%	1,2%	1,5%	1,7%	0,9%
Aantal waarnemingen	6	2	5	2	3	3

In het overzicht op de volgende pagina is onderscheid gemaakt in de drie hoofdcategorieën. Voor de eerste twee categorieën geldt dat sprake is van tijdelijke afwezigheid. Hier is het aantal dagen afwezigheid ten opzichte van het totaal aantal ZZP dagen uitgedrukt in een percentage. Voor de derde categorie geldt dat sprake is van permanent vertrek van de cliënt. Hier is het aantal dagen dat de kamer leeg staat ten opzichte van het totaal aantal ZZP dagen uitgedrukt in een percentage. Sommige instellingen konden de cijfers niet uitsplitsen, maar wel totalen aanleveren. Hierdoor telt deze tabel niet op tot de eerste tabel.

Redenen van afwezigheid	Omvang in % t.o.v. ZZP dagen					
	V&V		GHZ		GGZ	
	Met behandeling	Zonder behandeling	Met behandeling	Zonder behandeling	Met behandeling	Zonder behandeling
1. Verblijf in een andere instelling	0,4%	1,4%	0,6%	0,5%	0,4%	1,5%
Hoogste waarneming	0,6%	2,3%	0,8%	0,5%	0,6%	2,8%
Laagste waarneming	0,2%	0,5%	0,5%	0,5%	0,2%	0,2%
Aantal waarnemingen	6	2	3	1	2	3
2. Client gaat tijdelijk weg	0,10%	0,12%	1,54%		5,18%	0,45%
Hoogste waarneming	0,2%	0,2%	2,5%		8,9%	0,6%
Laagste waarneming	0,0%	0,1%	0,4%		1,5%	0,3%
Aantal waarnemingen	5	2	3	0	2	2
3. Client gaat permanent weg	1,7%	0,8%	2,2%			
Hoogste waarneming	2,5%	0,8%	2,2%			
Laagste waarneming	0,6%	0,8%	2,2%			
Aantal waarnemingen	3	1	1	0	0	0

Uit de gegevens ontstaat het beeld dat er veel spreiding is in de hoofdcategorieën binnen de sectoren. Ook op totaalniveau loopt de omvang van de afwezigheid binnen maar ook tussen de sectoren sterk uiteen. Het is derhalve lastig een eenduidig beeld te krijgen op basis van de aangereikte gegevens. Er zijn geen gegevens verkregen over de mate van afwezigheid binnen de GHZ zonder behandeling, omdat dit bij de geïnterviewde zorgaanbieders niet of nauwelijks wordt geregistreerd. Dit komt waarschijnlijk doordat de zorgaanbieders de afwezigheid zonder behandeling kunnen declareren en er daarom weinig noodzaak ervaren dit te registreren.

In het geval een cliënt permanent de plaats in een instelling verlaat, door verhuizing of overlijden, dan zijn de dagen geteld dat de kamer leeg is. In de V&V zijn dit veelal de mutatiedagen die in rekening zijn gebracht.

Bovenstaande gegevens laten het volgende beeld zien:

2.3.1.1 V&V

Binnen V&V is gemiddeld sprake van minder dan 2% afwezigheid. Het afwezigheidspercentage is het hoogst bij verblijf zonder behandeling. Daarnaast lijkt de afwezigheid met name te worden veroorzaakt door opname in een andere instelling en door permanent vertrek van cliënten (mutatiedagen). Er is minder sprake van afwezigheid in verband met vakantie of familiebezoek.

2.3.1.2 GHZ

Binnen de GHZ is bij verblijf met behandeling gemiddeld sprake van minder dan 2% afwezigheid en bij verblijf zonder behandeling sprake van bijna 3% afwezigheid. De afwezigheid lijkt in deze sector hoger te liggen dan in de V&V. Dit wordt met name veroorzaakt doordat dat cliënten op vakantie of familiebezoek gaan. Eén geïnterviewde instelling geeft aan dat leegstand in dagen door permanent vertrek van de cliënt ruim 2% ten opzichte van de totaal gedeclareerde ZZP dagen bedraagt. Dit beeld krijgen wij niet in de andere interviews. In deze interviews geven zorgaanbieders juist aan dat cliënten over het algemeen voor een lange tijd verblijven waardoor leegstand in dagen door permanent vertrek beperkt is

2.3.1.3 GGZ

Binnen de GGZ is zowel bij verblijf met behandeling als bij verblijf zonder behandeling gemiddeld sprake van een beduidend hoger percentage afwezigheid (respectievelijk 5,5% en 2,8%) dan in de andere sectoren. De afwezigheid bij verblijf met behandeling doet zich met name voor in de hoofdcategorie ‘cliënt verblijft vrijwillig elders’. In de gesprekken geven de zorgaanbieders aan dat resocialisatie onderdeel van de behandeling is en de afwezigheid veelal vanuit therapeutisch oogpunt plaats vindt. Ook bij verblijf zonder behandeling (met name RIBW’s) is een hoger percentage afwezigheid te zien dan in de andere sectoren. De afwezigheid bij verblijf zonder behandeling doet zich met name voor in de hoofdcategorie ‘cliënt verblijft in een andere instelling’.

2.4 Conclusie

De gegevens rondom afwezigheid geven een eerste beeld van de omvang van afwezigheid. De gegevens zijn waar mogelijk gebaseerd op registraties, maar op onderdelen ook gebaseerd op inschattingen. De uitvraag laat zien dat afwezigheid in de intramurale AWBZ sterk wisselend wordt vastgelegd. De grote afwijkingen in de omvang van afwezigheid, zowel binnen de sectoren als tussen de sectoren, maken dat geen conclusies kunnen worden getrokken over de feitelijke omvang van afwezigheid in de intramurale AWBZ. De gegevens kunnen dan ook uitsluitend als een eerste indicatie beschouwd worden. Wanneer de financiële consequenties van een mogelijke oplossingsrichting bepaald moeten worden, dient aanvullend onderzoek uitgevoerd te worden naar de omvang van de feitelijke afwezigheid.

Een analyse van de indicatiegegevens laat zien dat de V&V en de GHZ in dit onderzoek een afwezigheidspercentage kennen van respectievelijk minder dan en meer dan 2%. In de V&V wordt afwezigheid vooral veroorzaakt door opname in een andere instelling en in de GHZ door familiebezoek en vakantie. Het huidige beeld is dat er in de GGZ meer afwezigheid is van cliënten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat afwezigheid in de GGZ beter wordt geregistreerd dan in de andere sectoren.

3 Knelpunten

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de knelpunten die ervaren worden rondom afwezigheid. Daarnaast wordt ingegaan op toekomstplannen rondom de bekostiging in de AWBZ.

3.1 Knelpuntenanalyse

Zorgaanbieders ervaren in verschillende mate knelpunten. Niet alleen tussen, maar ook binnen sectoren worden de knelpunten anders ervaren. Dit hangt met name samen met of de instelling toegelaten is voor behandeling. Daarnaast zijn er een aantal verschillen tussen individuele zorgaanbieders en een aantal algemene knelpunten. Verder wordt ook een knelpunt ervaren in wat tot een afwezigheidsdag gerekend moet worden.

3.1.1 Verschillen tussen sectoren

Het grootste verschil tussen de sectoren is de aanwezigheid van mutatiedagen in de V&V. Deze mutatiedagen mogen gedurende maximaal 13 dagen worden gedeclareerd. In andere sectoren bestaat deze regeling niet. De mutatiedagen zijn bedoeld om de plaats van een overleden cliënt of een cliënt die gaat verhuizen uit te ruimen en daarna ook gereed te maken voor een nieuwe cliënt. In de V&V sector wordt het knelpunt ervaren dat de periode van 13 dagen over het algemeen te kort is.

In de GGZ wordt het als een knelpunt ervaren dat niet de mogelijkheid bestaat om mutatiedagen in rekening te brengen, terwijl deze zorgaanbieders bij vertrek van een cliënt ook te maken hebben met het uitruimen en gereedmaken van de plaats voor een nieuwe cliënt. De geïnterviewden geven aan dat de mate waarin verhuizing en overlijden voorkomt in de GGZ in vergelijking met de V&V sector beperkt is. In de GHZ speelt dit punt ook beperkt, aangezien de cliënt over het algemeen lang verblijft in de instelling (lange doorlooptijd). In dit kader is wel genoemd dat het in de GHZ in sommige gevallen, gezien de beperkingen van de overige cliënten binnen de woongroep, niet wenselijk is om binnen een korte tijd een plaats op te vullen wanneer een cliënt is overleden.

3.1.1.1 *Verschillen tussen verblijf met en zonder behandeling*

Als een cliënt tijdelijk afwezig is kan de zorgaanbieder die verblijf met behandeling levert in de GHZ en GGZ maximaal 14 ZZP-dagen per keer declareren. In de V&V geldt een maximum van 7 dagen. Een uitzondering hierop zijn de afwezigheidsdagen wegens ziekenhuisopname van de cliënt. Als de cliënt in het ziekenhuis ligt, kunnen deze afwezigheidsdagen niet gedeclareerd worden. In alle sectoren kunnen zorgaanbieders die niet toegelaten zijn voor behandeling in beginsel alle tijdelijke afwezigheid van de cliënt declareren.

Zorgaanbieders die verblijf met behandeling leveren, ervaren het onderscheid tussen verblijf met en zonder behandeling in de regelgeving als een knelpunt. Zij zijn van mening dat het onderscheid dat vroeger bestond tussen verblijf met behandeling en zonder behandeling grotendeels niet meer bestaat. Vroeger waren plaatsen met behandeling vrijwel alleen meerbedkamers waar cliënten geen eigen ruimte/plek hadden. Momenteel zijn dit vaak één- of tweepersoonskamers waar cliënten eigen spullen hebben staan en dit als hun thuis ervaren.

Het is daarom vanuit praktisch en ethisch oogpunt niet mogelijk om deze plaats direct aan een andere cliënt ter beschikking te stellen. Deze plaats blijft tijdens de tijdelijke afwezigheid van de cliënt leeg in afwachting van de terugkeer van de cliënt.

Verder wordt een knelpunt ervaren dat een cliënt maximaal 7 of 14 dagen per keer declarabel afwezig kan zijn. Dit mag meerdere malen per jaar, terwijl de cliënt niet eenmaal drie weken volledig declarabel op vakantie kan.

Zorgaanbieders die geen verblijf met behandeling leveren, ervaren momenteel weinig tot geen knelpunten. Zij geven aan dat een aanpassing van de regeling voor hun waarschijnlijk een verslechtering zal zijn.

Tot slot ervaren zorgaanbieders die zowel plaatsen met behandeling als zonder behandeling hebben een knelpunt. Zij werken met verschillende regelingen die vertaald moeten worden naar een uniform intern beleid.

3.1.1.2 *Verschillen tussen zorgaanbieders*

Tussen zorgaanbieders binnen dezelfde sector wordt de mate waarin knelpunten worden ervaren ook anders ervaren. Dit heeft bijvoorbeeld te maken met:

- De kenmerken van de cliëntpopulatie. De omvang van afwezigheid neemt onder andere toe naarmate de gemiddelde leeftijd hoger is (vooral door ziekenhuisbezoek), het percentage allochtonen hoger ligt (vooral door langere vakantie) of de doorstroom hoger is (meer leegstand door verhuizing).
- Interne maatregelen die zorgaanbieders hebben genomen. Bijvoorbeeld flexibilisering van capaciteit en het beperken van de administratieve last rondom het registreren van afwezigheid.

3.1.1.3 *Algemene knelpunten*

- Wat de zorgaanbieders unaniem hebben benoemd, is dat het overgrote deel van de kosten doorloopt bij afwezigheid van cliënt. De mogelijkheden om meer te flexibiliseren acht men beperkt.
- De meeste zorgaanbieders achten het ongewenst dat zorgkantoren aanvullende regels stellen, vanwege de regionale verschillen die hierdoor ontstaan en het feit dat een aanbieder vaak met meerdere zorgkantoren afspraken maakt.
- De meeste zorgaanbieders geven aan dat het niet bekostigen van afwezigheid op gespannen voet staat met kwaliteit van zorg. Afwezigheid kan therapeutisch verantwoord zijn, bijvoorbeeld in een resocialisatietraject. Het beperken van bekostiging van afwezigheid zou een perverse prikkel kunnen geven om afwezigheid te beperken, wat de zorg voor de cliënt mogelijk niet ten goede komt.

- Zorgaanbieders hebben een zorg- of leveringsplicht ten opzichte van de cliënten. Dat betekent dat zij een cliënt alleen op basis van zeer goede redenen kunnen uitschrijven en verplicht zijn om na afloop van tijdelijke afwezigheid weer een plaats beschikbaar te hebben.
- De match van de cliënt met groep en locatie is erg belangrijk en komt tot stand na een intensief en langdurig intakeproces (en soms ook wachttijd). Het plaatsingsproces luistert nauw en de goede match in de groep komt in gevaar indien tijdelijke afwezigheid van de cliënt direct leidt tot opzeggen van de plek.

3.1.1.4 Definitie van een afwezigheidsdag

Tijdens het onderzoek komt naar voren dat er geen eenduidige definitie bestaat van wat onder een afwezigheidsdag wordt verstaan. Er worden in de praktijk verschillende definities gehanteerd. Enkele zorgaanbieders ervaren dit als een knelpunt. Met name of de dag van vertrek van de cliënt ook gezien moet worden als een afwezigheidsdag is onduidelijk. Ditzelfde geldt voor de dag van terugkeer. Sommige zorgaanbieders geven aan dat het zal helpen als er een duidelijke definitie wordt geformuleerd van een afwezigheidsdag en welke voorwaarden er aan verbonden worden, bijvoorbeeld het tijdstip op de dag dat de cliënt vertrekt.

Op de volgende pagina treft u het overzicht van de geïnventariseerde knelpunten.

Totaaloverzicht knelpunten bij zorgaanbieders		
	1 Verblijf met behandeling	2 Verblijf zonder behandeling
Verpleging & Verzorging	<ul style="list-style-type: none"> Niet kunnen declareren van afwezigheid staat op gespannen voet met kwaliteit van zorg en de zorgplicht van aanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> Periode van 13 mutatiedagen te kort voor de verhuizing en eventueel opknappen.
	<ul style="list-style-type: none"> Cliënt gaat langer op vakantie dan 7 dagen, bijvoorbeeld allochtone cliënten naar het geboorteland. Hier staat geen financiering tegenover. 	<ul style="list-style-type: none"> Ethisch onverantwoord om familie van een cliënt te verzoeken binnen een aantal dagen na overlijden de kamer leeg te ruimen.
	<ul style="list-style-type: none"> Duur van ziekenhuisopname is lastig te voorspellen en de plaats dient beschikbaar te zijn bij terugkomst cliënt. Echter geen financiering tijdens ziekenhuisopname. 	<ul style="list-style-type: none"> ZZP-1 tarief dat geldt bij mutatiedagen is niet kostendekkend; het gemiddelde tarief van de instelling ligt (veel) hoger.
	<ul style="list-style-type: none"> Extra kosten bij ziekenhuisopname doordat cliënt medicijnen naar het ziekenhuis meekrijgt. 	<ul style="list-style-type: none"> Extra kosten doordat familie van cliënt thuiszorg inschakelt tijdens familiebezoek, waarvan de rekening bij de instelling terecht komt.
	<ul style="list-style-type: none"> Extra kosten bij ziekenhuisopname doordat cliënt begeleiding behoeft tijdens de opname (bijv. door gedragsproblematiek). Echter geen financiering tijdens ziekenhuisopname. 	<ul style="list-style-type: none"> Het zorgkantoor stelt in aanvulling op de regelgeving van de NZa een maximum aantal te declareren afwezigheidsdagen vast.
	<ul style="list-style-type: none"> Extra kosten na ziekenhuisopname ivm. intensievere zorg bij terugkomst (revalidatie/opknappen). 	
	<ul style="list-style-type: none"> Periode van 13 mutatiedagen te kort voor de verhuizing en eventueel opknappen. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Ethisch onverantwoord om familie van een cliënt te verzoeken binnen een aantal dagen na overlijden de kamer leeg te ruimen. 	
Gehandicaptenzorg	<ul style="list-style-type: none"> Niet kunnen declareren van afwezigheid staat op gespannen voet met kwaliteit van zorg en de zorgplicht van aanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> Bij overlijden/verhuizen van een cliënt is er geen financiering tot de plek is bezet door een nieuwe cliënt. (komt minder vaak voor dan in V&V)
	<ul style="list-style-type: none"> Cliënt gaat langer op vakantie dan 14 dagen, bijvoorbeeld allochtone cliënten naar het geboorteland. Hier staat geen financiering tegenover. 	<ul style="list-style-type: none"> Het zorgkantoor stelt in aanvulling op de regelgeving van de NZa een maximum aantal te declareren afwezigheidsdagen vast.
	<ul style="list-style-type: none"> Duur van ziekenhuisopname is lastig te voorspellen en de plaats dient beschikbaar te zijn bij terugkomst cliënt. Echter geen financiering tijdens ziekenhuisopname. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Extra kosten bij ziekenhuisopname door de cliënt begeleiding behoeft tijdens de opname (door handicap/gedragsproblematiek). Echter geen financiering tijdens ziekenhuisopname. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Extra kosten na ziekenhuisopname ivm. intensievere zorg bij terugkomst (revalidatie/opknappen). 	
	<ul style="list-style-type: none"> Bij overlijden/verhuizen van een cliënt is er geen financiering tot de plek is bezet door een nieuwe cliënt. 	
Geestelijke Gezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none"> Niet kunnen declareren van afwezigheid staat op gespannen voet met kwaliteit van zorg en de zorgplicht van aanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> Bij overlijden/verhuizen van een cliënt is er geen financiering tot de plek is bezet door een nieuwe cliënt. (komt minder vaak voor dan in V&V)
	<ul style="list-style-type: none"> Cliënt gaat langer op vakantie dan 14 dagen, bijvoorbeeld allochtone cliënten naar het geboorteland. Hier staat geen financiering tegenover. 	<ul style="list-style-type: none"> Het zorgkantoor stelt in aanvulling op de regelgeving van de NZa een maximum aantal te declareren afwezigheidsdagen vast.
	<ul style="list-style-type: none"> Duur van ziekenhuisopname is lastig te voorspellen en de plaats dient beschikbaar te zijn bij terugkomst cliënt. Echter geen financiering tijdens ziekenhuisopname. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Extra kosten bij ziekenhuisopname door de cliënt begeleiding behoeft tijdens de opname (door handicap/gedragsproblematiek). Echter geen financiering tijdens ziekenhuisopname. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Extra kosten na ziekenhuisopname ivm. intensievere zorg bij terugkomst (revalidatie/opknappen). 	
	<ul style="list-style-type: none"> Duur van detentie is lastig te voorspellen en terugname verplichting voor instelling. Echter beperkte financiering tijdens detentie (14 dagen). 	
	<ul style="list-style-type: none"> Bij overlijden/verhuizen van een cliënt is er geen financiering tot de plek is bezet door een nieuwe cliënt. 	
<ul style="list-style-type: none"> Afwezigheid is (therapeutisch) goed voor een cliënt. Onwenselijk afwezigheid te beperken, ondanks beperkte financiering. 		

3.2 Toekomstplannen bekostiging AWBZ

Het is duidelijk dat de huidige regelgeving omtrent aan- en afwezigheid in de intramurale AWBZ-zorg voor sommige zorgaanbieders tot knelpunten leidt. Het is daarnaast zinvol om de regeling voor de bekostiging van afwezigheid te bezien tegen de achtergrond van andere ontwikkelingen in de bekostiging van AWBZ-zorg.

De huidige visie op de bekostiging van AWBZ-zorg kent als uitgangspunt dat de bekostiging van zorg plaatsvindt op basis van daadwerkelijk geleverde zorg aan individuele cliënten. Alle kosten worden meegenomen in het ZZP-tarief en uitsluitend daadwerkelijk geleverde zorg wordt gefinancierd. In dit kader wordt bijvoorbeeld ook de normatieve huisvestingscomponent (NHC) ontwikkeld, waarmee in de toekomst mogelijk ook de huisvestingskosten in de ZZP-tarieven worden geïncorporeerd. Een afwezigheidsregeling die alleen aanwezigheidsdagen bekostigt, maakt dat er geen dekking is voor de huisvestingskosten wanneer de cliënt afwezig is. Andere ontwikkelingen in dit kader zijn de invoering van het declareren op cliëntniveau (AW319) en het scheiden van wonen en zorg. Bij het scheiden van wonen zorg zal naar verwachting de cliënt zelf de huisvestingskosten betalen. Ook bij deze ontwikkeling geldt dat aandacht besteed moet worden aan hoe de huisvestingskosten worden bekostigd wanneer de cliënt afwezig is.

Daarnaast zijn er plannen om de uitvoering van de AWBZ over te laten aan zorgverzekeraars voor de eigen verzekerden. Het is momenteel niet duidelijk wat dit voor impact zal hebben op een regeling voor aan- en afwezigheid. Zorgaanbieders zullen, meer dan nu het geval is, afspraken moeten gaan maken met meerdere zorgverzekeraars. Het wordt door de zorgaanbieders als onwenselijk ervaren dat zorgverzekeraars aparte (aanvullende) regels stellen rondom de bekostiging van afwezigheid.

3.3 Conclusie

Er zijn verschillende knelpunten gevonden die zich voordoen in de verschillende sectoren en binnen de sectoren voor verblijf met of zonder behandeling. Bij verblijf met behandeling zijn meer knelpunten gevonden dan bij verblijf zonder behandeling. Er zijn verschillen tussen individuele zorgaanbieders met betrekking tot de ervaring van de knelpunten.

4 Oplossingsrichtingen

In dit hoofdstuk worden allereerst de kaders besproken die de NZa heeft gesteld aan oplossingsrichtingen voor een nieuwe wijze van bekostigen van afwezigheid. Daarna wordt stil gestaan bij de belangrijkste oplossingsrichtingen.

4.1 Kaders

De NZa heeft, mede op basis van de eerste inzichten uit dit onderzoek, drie kaders meegegeven waaraan de oplossingsrichtingen moeten voldoen. Dit zijn:

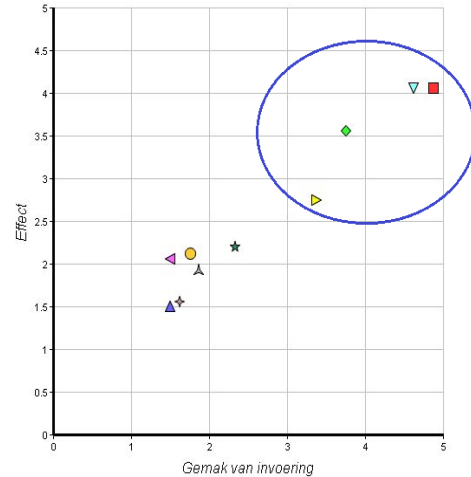
- 1 Eenvoudige regel, makkelijk uit te leggen en te verantwoorden
- 2 Eenduidige regel, binnen sectoren en liefst ook tussen de sectoren
- 3 Regel sluit aan bij ZZP systematiek en is derhalve cliëntvolgend

Het ligt niet in de verwachting dat het ministerie van VWS de komende tijd meer budget beschikbaar zal stellen voor een regeling rondom afwezigheid. Budgetneutraliteit is dan ook meegenomen als kader bij de brainstorm in de tweede expertsessie naar de oplossingsrichtingen en wordt ook in de analyse van de oplossingsrichtingen betrokken. Verder heeft de NZa de wens meegegeven om tot een oplossingsrichting te komen waarbij bekostiging plaatsvindt op basis van aanwezigheid en niet op basis van afwezigheid.

4.2 Oplossingsrichtingen die nader onderzocht kunnen worden

Op basis van de bovenstaande probleemanalyse door KPMG zijn in de expertmeeting door het veld tien oplossingsrichtingen geïdentificeerd. Daarnaast zijn de oplossingrichtingen door de aanwezige deelnemers beoordeeld op de eenvoud waarmee deze ingevoerd kunnen worden bij zorgaanbieders en de te verwachten effectiviteit van de oplossingsrichting. Dit is ingeschat op een schaal van 1-5. Waarbij “1” staat voor niet gemakkelijk in te voeren en niet effectief en “5” staat voor zeer gemakkelijk in te voeren en zeer effectief.

Nr	symbool	Oplossingsrichtingen	Gemak van invoering	Effect	Totaal
1	■	Alles doordeclareren (Volledige vergoeding afwezigheid).	4,88	4,06	8,94
2	▽	Geen onderscheid in vergoeding tussen verblijf met en zonder behandeling	4,62	4,06	8,68
3	◆	Alles doordeclareren tot een maximum afwezigheid gekoppeld aan de inschrijving van de cliënt	3,75	3,56	7,31
4	▶	Integraal tarief met opslag voor afwezigheid	3,38	2,75	6,13
5	★	Gebruik naast ZZP tarieven een "lumpsum" of opslag als vergoeding voor allerlei soorten (legitieme en frictie-) afwezigheid	2,33	2,2	4,53
6	●	Vergoeding afwezigheid op basis van vaste kosten	1,75	2,12	3,87
7	▲	Alleen vergoeding NHC tarief bij afwezigheid	1,87	1,93	3,8
8	◀	Vergoeding afwezigheid op basis van behandelplan	1,5	2,06	3,56
9	✦	Individuele afspraken zorgkantoor	1,62	1,56	3,18
10	▲	Mutatiedagen ook voor andere sectoren dan V&V afspreken	1,5	1,5	3



De figuren illustreren dat vier oplossingsrichtingen relatief hoog scoren op de eenvoud waarmee deze ingevoerd kunnen worden, bij zorgaanbieders, en de te verwachten effectiviteit. De resultaten zijn verkregen op basis van de inschattingen van de deelnemers (veldpartijen) tijdens de tweede expertsessie en de discussie die daarover is gevoerd.

De volgende oplossingsrichtingen scoren het hoogst:

- 1 Alles doordeclareren (volledige vergoeding afwezigheid).
- 2 Geen onderscheid in vergoeding tussen verblijf met en zonder behandeling.
- 3 Alles doordeclareren tot een maximum afwezigheid gekoppeld aan de inschrijving van de cliënt.
- 4 Integraal tarief met opslag voor afwezigheid.

Deze oplossingsrichtingen en een eerste haalbaarheidsanalyse hiervan worden in de volgende paragraaf verder uitgewerkt.

4.3 Uitwerking oplossingsrichtingen

Hieronder werken wij de oplossingsrichtingen verder uit en geven op basis van onze weging en expertise een beoordeling van de oplossingsrichtingen in het licht van de kaders van de NZa en een weging ten aanzien van voor- en nadelen van de oplossingsrichtingen.

4.3.1 Alles doordeclaren (volledige vergoeding afwezigheid)

4.3.1.1 Omschrijving

Deze oplossingsrichting beoogt dat een zorgaanbieder afwezigheidsdagen doordeclareert wanneer de cliënt afwezig is. Dit betekent dat de regeling waarbij onbeperkt wordt doorge-declareerd, zoals deze van toepassing is voor verblijf zonder behandeling, ook van toepassing wordt voor verblijf met behandeling.

4.3.1.2 Voldoet oplossingsrichting aan de kaders?

Kader	Wel/niet	Toelichting
Budgetneutraliteit	Neutraal	Alleen wanneer de tarieven van de ZZP's met behandeling worden verlaagd.
Eenvoudige regel	Wel	Alles mag worden gedeclareerd van aanvang tot stop zorg.
Eenduidig	Wel	Er mag altijd doorgedeclareerd worden.
Aansluiting ZZP systematiek	Niet	De ZZP systematiek is er op gestoeld dat het de cliënt volgt. Doordeclaren, ook als de cliënt niet aanwezig is sluit daar niet op aan.

4.3.1.3 Voordelen en nadelen

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> Eenvoudig, in principe kan van start zorg tot einde zorg worden doorgedeclareerd (sluit aan bij AZR-systematiek). Weinig administratieve last, omdat afwezigheid niet meer hoeft te worden geregistreerd. De regeling vergt nauwelijks handhaving aangezien alles doorgedeclareerd mag worden wanneer de cliënt tijdelijk afwezig is. 	<ul style="list-style-type: none"> Kan met huidige tarieven niet budget-neutraal worden doorgevoerd. Bevat potentieel een perverse prikkel, zorgaanbieders hebben er geen baat bij dat de cliënt aanwezig is aangezien afwezigheid gewoon wordt doorbetaald Omvang van afwezigheid moet verder in kaart worden gebracht om deze oplossingsrichting budgetneutraal door te kunnen voeren.

Voordelen	Nadelen
	<ul style="list-style-type: none"> Momenteel wordt er op cliëntniveau per dag gedeclareerd. Deze oplossingsrichting sluit daar niet op aan, aangezien ongeacht aanwezigheid van de cliënt van start tot einde zorg gedeclareerd kan worden Deze oplossingsrichting raakt niet de knelpunten rondom de mutatiedagen, zoals deze in de V&V wordt toegepast.

4.3.1.4 *Oplossingsrichting wel/niet interessant voor verder onderzoek*

Gezien het feit dat deze oplossingsrichting met de huidige tarieven niet budgetneutraal kan worden doorgevoerd, niet aansluit op het ZZP systematiek is het onvoldoende zinnig om deze oplossingsrichting nader te onderzoeken. Daarnaast biedt deze oplossingsrichting potentieel een dermate perverse prikkel om niet naar aanwezigheid van de cliënt te streven, dat het vanuit maatschappelijk oogpunt onwenselijk is om deze oplossingsrichting verder uit te werken.

4.3.2 **Geen onderscheid in vergoeding tussen verblijf met en zonder behandeling**

4.3.2.1 *Omschrijving*

Deze oplossingsrichting behelst het uniformeren van de regelingen voor plaatsen met en plaatsen zonder behandeling binnen de sectoren. Dit betekent dat:

- Ofwel de regeling voor verblijf met behandeling wordt toegepast: dit houdt in dat tijdelijke afwezigheid maximaal 14 dagen declarabel is in de GHZ en de GGZ, 7 dagen in de V&V en dat ziekenhuisopname niet mag worden gedeclareerd;
- Ofwel de regeling voor verblijf zonder behandeling wordt toegepast: dit houdt in dat alles mag worden doorgedeclareerd. Dit blijft bij de analyse van de oplossingsrichting buiten beschouwing aangezien dit overeenkomt met oplossingsrichting 1: “Alles doordeclaren (volledige vergoeding afwezigheid)”;
- Ofwel er één nieuwe regeling voor zowel verblijf met als verblijf zonder behandeling wordt opgesteld. Dit blijft in de analyse van deze oplossingsrichting buiten beschouwing, aangezien dit deels de totale onderzoeksvraag behelst en er vele (deel)scenario’s mogelijk zijn. Deze variant is daarmee als daadwerkelijke oplossingsrichting niet direct bruikbaar, maar kan wel dienen als uitgangspunt bij de uitwerking van de andere oplossingen.

4.3.2.2 Voldoet oplossingsrichting aan de kaders?

Kader	Wel/niet	Toelichting
Budgetneutraliteit	Neutraal	Alleen wanneer de tarieven voor ZZP's zonder behandeling worden verhoogd.
Eenvoudige regel	Neutraal	Afwezigheid moet worden geregistreerd. Er moet worden aangetoond dat er niet langer wordt gedeclareerd dan is toegestaan.
Eenduidig	Neutraal	Binnen de sector dezelfde regel. Lost probleem van verschillende regels tussen de sectoren niet op .
Aansluiting ZZP systematiek	Neutraal	Budget volgt deels de cliënt. Afwezigheid wordt deels bekostigd.

4.3.2.3 Voordelen en nadelen

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> Verschillen binnen sectoren worden opgeheven. 	<ul style="list-style-type: none"> Er blijven verschillen tussen de sectoren. Tarieven voor ZZP's zonder behandeling zullen moeten worden aangepast om deze oplossingsrichting budgetneutraal door te kunnen voeren. Vergt registratie van aanwezigheid, dit vergt voor sommige aanbieders een extra administratieve last. Zorgaanbieders met een groot gedeelte aan plaatsen zonder behandeling zullen het waarschijnlijk niet eens zijn met een dergelijke regeling aangezien dit financieel een verslechtering voor hun oplevert.. Omvang van afwezigheid moet verder in kaart worden gebracht om deze oplossingsrichting budgetneutraal door te kunnen voeren.

Voordelen	Nadelen
	<ul style="list-style-type: none"> Deze oplossingsrichting raakt niet de mutatiedagen, zoals deze in de V&V worden toegepast.

4.3.2.4 *Oplossingsrichting wel/niet interessant voor verder onderzoek*

Gezien het feit dat deze oplossingsrichting alleen het verschil oplost binnen de sectoren en er relatief veel nadelen aan deze oplossingsrichting kleven, lijkt het niet interessant om deze oplossingsrichting verder te onderzoeken. Daarnaast zal dit een verslechtering van de regeling betekenen voor zorgaanbieders die veel plaatsen verblijf zonder behandeling hebben. Op basis van het voorgaande adviseren wij deze oplossingsrichting niet verder te onderzoeken.

Wellicht is het een tijdelijke snelle oplossing om niet het verschil tussen verblijf met en zonder behandeling op te lossen, maar wel het verschil tussen de sectoren op te heffen. Dit betekent concreet dat het aantal dagen dat gedeclareerd mag worden gelijk getrokken moet worden. De budgettaire consequenties hiervan zullen dan nader onderzocht moeten worden.

4.3.3 **Alles doordeclaren tot een maximum afwezigheid gekoppeld aan de inschrijving van de cliënt**

4.3.3.1 *Omschrijving*

Bij deze oplossingsrichting wordt in beginsel alles doorgedeclareerd tot een nader te bepalen maximum afwezigheidsdagen. Hierbij zijn twee uitwerkingen mogelijk een maximum aantal dagen per keer en een maximum aantal dagen per jaar. De concrete uitwerking hiervan zal dan nader onderzocht moeten worden.

4.3.3.2 *Voldoet oplossingsrichting aan de kaders?*

Kader	Wel/niet	Toelichting
Budgetneutraliteit	Neutraal	Het aantal dagen dat wordt doorgedeclareerd bepaalt of de regeling budgetneutraal kan worden doorgevoerd.
Eenvoudige regel	Wel	Kan in de gehele AWBZ uniform worden toegepast.
Eenduidig	Wel	Kan binnen de gehele intramurale AWBZ worden toegepast (tussen sectoren uniform)

Kader	Wel/niet	Toelichting
Aansluiting ZZP systematiek	Neutraal	In principe is het cliëntvolgend en wordt in beginsel aanwezigheid bekostigd echter wordt ook tot een bepaalde hoogte afwezigheid bekostigd.

4.3.3.3 Voordelen en nadelen

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> • Uniforme regel voor de gehele intramurale AWBZ • Het overschrijden van het maximum aantal dagen stelt instellingen in staat dit eventueel te koppelen aan het uitschrijven van de cliënt. • Deze oplossingsrichting kan ook worden gebruikt om de verschillen tussen sectoren voor wat betreft de mutatiedagen op te lossen (vergt aanpassing declaratie systematiek). 	<ul style="list-style-type: none"> • Omvang van afwezigheid moet verder in kaart worden gebracht om deze oplossingsrichting budgetneutraal door te kunnen voeren. • Vergt registratie van aanwezigheid en zal voor sommige zorgaanbieders een extra administratieve last betekenen. • Sluit niet aan bij huidige declaratie-systematiek waarin bijvoorbeeld niet gedeclareerd kan worden op cliëntniveau wanneer de cliënt is overleden. In het geval van een verhuizing naar een andere AWBZ plaats zal de cliënt dubbel worden gedeclareerd.

4.3.3.4 Oplossingsrichting wel/niet interessant voor verder onderzoek

Aan deze oplossingsrichting kleven weliswaar een aantal nadelen, maar is toch voldoende relevant om aan verder onderzoek te onderwerpen. Ondermeer omdat deze kan voldoen aan de gestelde kaders van de NZa. Onderzocht dient te worden of deze oplossingsrichting mogelijk en wenselijk is gegeven de huidige ZZP-systematiek en het op cliëntniveau declareren (AW319). Ons advies is om deze oplossingsrichting nader te onderzoeken.

4.3.4 Integraal tarief met opslag voor afwezigheid: Integraal tarief met opslag

4.3.4.1 Omschrijving

Deze oplossingsrichting beoogt een integraal tarief voor ZZP's waarin de afwezigheid van de cliënt is meegenomen. In de expertsessie is besproken dat per ZZP een component wordt meegenomen voor de te verwachten afwezigheid. Deze component kan op meerdere gronden (bijvoorbeeld doelgroep) worden bepaald. Hiermee wordt afwezigheid van de cliënt een integraal onderdeel van het ZZP.

4.3.4.2 Voldoet oplossingsrichting aan de kaders?

Kader	Wel/niet	Toelichting
Budgetneutraliteit	Neutraal	Deze oplossingsrichting is budgetneutraal wanneer de huidige financiering van afwezigheid wordt omgeslagen naar de ZZP's. Dit zal leiden tot een verhoging in de tarieven. Dit vergt nader onderzoek
Eenvoudige regel	Wel	Er moet wel geregistreerd worden wanneer een cliënt afwezig is.
Eenduidig	wel	De regeling kan binnen de gehele intramurale AWBZ op een uniforme manier worden toegepast.
Aansluiting ZZP systematiek	Wel	Cliëntvolgend en bekostigt enkel de aanwezigheid van de cliënt.

4.3.4.3 Voordelen en nadelen

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> Kan budgetneutraal worden doorgevoerd. Uniforme regel voor de gehele intramurale AWBZ, met mogelijkheid tot differentiatie in tarieven. 	<ul style="list-style-type: none"> Omvang van afwezigheid moet , eventueel gedetailleerd per ZZP in kaart worden gebracht, om deze oplossingsrichting budgetneutraal door te kunnen voeren. Dit vergt verder uitgebreid onderzoek.

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> • Sluit aan bij ZZP systematiek. Alleen aanwezigheid wordt bekostigd en is cliëntvolgend.’ • Aanwezigheid wordt bekostigd in plaats van afwezigheid. • Sluit aan op de systematiek van op cliëntniveau declareren (AW319). • Mutatiedagen uit de V&V kunnen ook meegenomen worden als opslag op de ZZP’s. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer de NHC onderdeel gaat uitmaken van de ZZP betekent dit dat aanbieders geen dekking hebben voor hun kapitaallasten wanneer de cliënt niet aanwezig is. • Vergt nauwkeurige registratie van aanwezigheid (administratieve last). • Vergt aanpassing van de tarieven van alle ZZP’s.

4.3.4.4 *Opmerking*

Voor de opslag op de ZZP zijn meerdere uitwerkingen mogelijk. Bijvoorbeeld een opslag naar doelgroep (allochtoon, oudere, jongere) of naar type ZZP. Dit moet nader worden onderzocht.

4.3.4.5 *Oplossingsrichting wel/niet interessant voor verder onderzoek*

Deze oplossingsrichting is interessant voor verder onderzoek, ondermeer omdat het kan voldoen aan de kaders van de NZa en aansluit bij de visie op bekostiging van AWBZ-zorg. Het vergt echter wel grondig onderzoek om de component voor afwezigheid te integreren in het ZZP tarief. Daarnaast moet stil gestaan worden bij de impact van de NHC op deze oplossingsrichting.

4.4 **Conclusie**

4.4.1.1 *Lange termijn*

Op basis van bovenstaande analyse zijn wij adviseren om voor de twee oplossingsrichtingen met een bestendig effect, een verder onderzoek en uitwerking in te stellen:

1 Alles doordeclaren tot een maximum afwezigheid, gekoppeld aan de inschrijving van de cliënt

Hierbij is het belangrijk ondermeer te onderzoeken of deze oplossingsrichting mogelijk en wenselijk is gegeven de huidige ZZP systematiek en het op cliëntniveau declareren (AW319).

2 Integraal tarief met opslag voor afwezigheid

Het vergt grondig onderzoek om de component voor afwezigheid te integreren in het ZZP tarief. Daarnaast moet worden stil gestaan bij de impact van de NHC op deze oplossingsrichting.

4.4.1.2 Korte termijn

Voor de korte termijn is het interessant om de volgende oplossingen nader te onderzoeken, waarbij onderzocht moet worden wat hiervan de budgettaire consequenties zijn:

1 Opheffen verschillen tussen de sectoren voor declareren afwezigheid bij vrijwillig verblijf elders

Binnen de V&V mogen maximaal 7 dagen worden doorgedeclareerd en binnen de GHZ en GGZ 14 dagen wanneer een cliënt vrijwillig elders verblijft. Dit zou gelijk getrokken kunnen worden. Het is onduidelijk wat de budgettaire consequenties van deze oplossing zijn. Dit hangt af van het maximum aantal afwezigheidsdagen dat gekozen wordt.

2 Declareren van afwezigheid in het geval van verblijf in een ziekenhuis van cliënten voor verblijf met behandeling.

Het onderzoek laat zien dat knelpunten zich vooral voordoen tijdens opname van de cliënt in een ziekenhuis. Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn dat afwezigheid door ziekenhuisopname gedeclareerd kan worden. Het is echter de vraag of dit past binnen de huidige gedachte cliënten zo snel mogelijk van een ziekenhuis te verplaatsen naar een andere setting, waarin de cliënt wordt verpleegd.

3 Eenduidige definitie voor afwezigheid.

Sommige zorgaanbieders geven aan dat het zal helpen als er een duidelijke definitie wordt geformuleerd van wat gezien wordt als een afwezigheidsdag en welke voorwaarden er aan verbonden worden, bijvoorbeeld het tijdstip op de dag dat de cliënt vertrekt.

Wat hebben we verder gehoord..?

Er is een knelpunt rondom cliënten die niet naar de dagbesteding kunnen . Deze moeten worden opgevangen op de woongroep. Hier is onvoldoende financiering voor.

Sleuteldagen zijn in de V&V een ongeschreven regel: hoe gaan we daarmee om?

Door vergrijzing verzwaart de somatische problematiek: hoe moeten we dit bekostigen?

Zorgaanbieders, vooral in de GGZ, hebben te maken met meerdere financieringsbronnen. Probeer te komen tot een uniforme regeling voor alle financieringsvormen.

Afwezigheid speelt niet alleen intramuraal: extramuraal kennen we grote no-show problematiek waar geen financiering voor is

Hoe verandert de financiering wanneer de toelatingen worden afgeschaft?

Een nieuwe regeling voor aan-en afwezigheid moet aansluiten bij de beleving op de werkvloer

Wanneer cliënten kinderen hebben die bij hen verblijven is daar geen financiering voor



Bijlage: Lijst met deelnemers aan het onderzoek

Lijst met deelnemers	
Branchepartijen	
VGN	Hans Cosijnse
VGN	Anneke Oldhoff
Federatie Opvang	Tonny van Hensbergen
Actiz	Constance Beeker
Actiz	Janneke Heesen
GGZ Nederland	Yvonne Moolenaar
VWS	Merel Gosens
ZN	Marijke Verbeek
ZN	Angela Branssen
Zorgkantoor	
UVIT	Leendert van der Brink
Zorgaanbieders	
Leger des Heils	Jos van Adrichem
Stichting Ipse de Bruggen	Ad Mocking
GGZ in Geest	Tanja de Kam
Cordaan	Michiel Kortstee
Cordaan	John Aarts
Parnassia Bavo Groep	Anita Ockhorst
Gemiva	Gert Kwakernaak
Nebo verzorgingshuis	Frans van Donselaar
Querido HVO	Cyriel Reestman
Beweging 3.0	Robert Weij
Beweging 3.0	Ellen Nieuwenhuis
Verpleeghuis 't Parkhuis	Ankie de Laat
Siza	Rob Wieten
Pro Persona	Harm Schonewille
s Heeren Loo	Hans de Leeuw
s Heeren Loo	Geranne Ingwirda
Thebe	Peter Hartmans
Thebe	Carla van Zanten
Koninklijke Kentalis	Jos Poelman
SDB Groep	Michel van der Ark