

Toelichting

# Prestatiemeting AWBZ 2011

Normenkader onderzoek uitvoering AWBZ



# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Inleiding	7
1.2 Verantwoordingsstructuur AWBZ	7
1.3 Achtergrond prestatiemeting	7
1.4 De positie van de consument	8
<b>2. Analyse normstelling naar prestatie-indicatoren</b>	<b>11</b>
2.1 Inleiding	11
2.2 Resultaatgebieden en prestatie-indicatoren	11
2.3 Weging prestatie-indicatoren	12
2.4 Totaalscore per indicator	12
2.5 Totaalscore uitvoering AWBZ	13
2.6 Onderzoeksopzet 2011	13
<b>3. Handhavingsbeleid 2011</b>	<b>17</b>
3.1 Inleiding	17
3.2 Invulling handhavingsbeleid 2011	17
<b>4. Uitwerking normenkader 2011</b>	<b>19</b>
4.1 Inleiding	19
4.2 Wijzigingen in normenkader ten opzichte van 2010	19
4.3 PI 1: Zorg in natura	23
4.4 PI 2: Persoonsgebonden budget	28
4.5 PI 3: Klachtenbehandeling	31
4.6 PI 4: Contracteerproces	34
4.7 PI 5: Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	37
4.8 PI 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening	39
4.9 PI 7: Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	43
4.10 PI 8: Administratie op verzekerdenniveau: PGB	46
4.11 PI 9: Monitoring continuïteit zorgverlening	51
4.12 PI 10: Materiële controle	53
4.13 PI 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	56
4.14 PI 12: Administratieve organisatie en interne beheersing	58



## Voorwoord

In de brochure Prestatiemeting AWBZ 2011 geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een toelichting op het normenkader dat zij hanteert bij haar onderzoek naar de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) over 2011 door de concessiehouders (zorgkantoren). Ook beschrijft de NZa het handhavingsbeleid dat zij hanteert als concessiehouders niet voldoen aan het normenkader.

Het toezicht houden op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ vormt één van de wettelijke taken van de NZa. Hiertoe voert de NZa bij alle concessiehouders jaarlijks systematisch onderzoek uit op basis van een vooraf vastgesteld normen- en beoordelingskader. De NZa vat de uitkomsten van haar onderzoek samen in een rapport per concessiehouder. Deze rapporten zijn niet openbaar. De samenvattende bevindingen worden aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gerapporteerd in het rapport uitvoering AWBZ 2011. Dit rapport is wel openbaar.

Het uitgangspunt bij deze prestatiemeting is de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De prestatiemeting richt zich op de drie in de aanwijzing genoemde prestatievelden service aan cliënten, zorginkoop- en contractering en moderne administratieve organisatie.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur



## 1. Inleiding

### 1.1 Inleiding

Dit hoofdstuk schetst de verantwoordingsstructuur van de AWBZ en beschrijft de achtergrond van de prestatiemeting. Ook gaat dit hoofdstuk in op de taak van de NZa om de positie van de consument te bewaken en versterken in relatie tot de prestatiemeting.

### 1.2 Verantwoordingsstructuur AWBZ

Voor de uitvoering van de taken als bedoeld in artikel 3 van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten (ABZ) heeft de Staatssecretaris van VWS voor de periode 2009-2011 elf AWBZ-verzekeraars aangewezen als verbindingskantoor. Deze AWBZ-verzekeraars zijn de concessiehouders van de zorgkantoren.

De in de AWBZ geregelde verzekering wordt per zorgregio uitgevoerd door een zorgkantoor. Doordat de aanwijzing door de Staatssecretaris één of meer zorgregio's kan betreffen, kan één concessiehouder meer zorgkantoren beheren. Voor de periode 2009-2011 heeft de Staatssecretaris de in tabel 1.1 opgenomen rechtspersonen als verbindingskantoor (concessiehouder) aangewezen.

**Tabel 1.1. Verbindingskantoren en regio's**

Stichting Zorgkantoor Menzis	Groningen, Twente, Arnhem
Zorgkantoor Friesland B.V.	Friesland
Achmea Zorgkantoor N.V.	Drenthe, Zwolle, Flevoland, Kennemerland, Zaanstreek-Waterland, Rotterdam
Agis Zorgverzekeringen N.V.	Apeldoorn en Zutphen e.o., Utrecht, 't Gooi, Amsterdam
VGZ Zorgkantoor B.V.	Nijmegen, Midden-Brabant, Noord-Oost Brabant, Noord- en Midden-Limburg
Univé Zorgkantoor B.V.	Noord-Holland Noord
OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	Amstelland en de Meerlanden, Zuid-Holland Noord
Zorgkantoor DSW B.V.	Delft-Westland-Oostland, Nieuwe Waterweg Noord
Trias Zorgkantoor B.V.	Midden-Holland, Waardenland
CZ Zorgkantoor B.V.	Zuid-Hollandse Eilanden, Haaglanden, Zeeland, West-Brabant, Zuid-Oost Brabant, Zuid-Limburg
Salland Zorgkantoor B.V.	Midden IJssel

Bron: Beschikking van de Staatssecretaris van VWS van 11 november 2008 (Z/VU-892517)

### 1.3 Achtergrond prestatiemeting

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren (concessiehouders). Het hanteren van een normenkader maakt het mogelijk het functioneren van concessiehouders met elkaar te vergelijken. Door publicatie van het normenkader maakt de NZa haar beoordeling transparant. De NZa heeft niet alle taken die zorgkantoren moeten uitvoeren opgenomen in de

prestatiemeting. De prestatiemeting is gebaseerd op een risicoanalyse. De prestatiemeting geeft dus geen inzicht in het totaal functioneren van een zorgkantoor. Wel geeft de prestatiemeting een representatief beeld van het functioneren van een zorgkantoor.

De NZa rapporteert over de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren op het niveau van de concessiehouder. Daarom vindt de prestatiebeoordeling plaats per concessiehouder. Als een zorgkantoor van een concessiehouder afwijkend presteert van de overige zorgkantoren van dezelfde concessiehouder, wordt hiermee rekening gehouden bij de oordeelsvorming op basis van een gemiddelde score.

Doordat de NZa een oordeel geeft per concessiehouder en niet per zorgkantoor, hanteert zij in deze Prestatiemeting AWBZ 2011 de term concessiehouder.

De NZa heeft zich bij de opstelling van deze prestatiemeting gebaseerd op:

- Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 (Z/VU-2892514) en de Beschikking van de Staatssecretaris van VWS houdende aanwijzing van administratie-instellingen bijzondere ziektekosten (Z/VU-2892517). Beide stukken worden in het vervolg van deze prestatiemeting aangeduid als Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011.
- Mandaat- en volmachtverlening/overeenkomst inzake uitvoering van werkzaamheden zorgkantoren. Deze rapportage wordt in het vervolg van deze prestatiemeting aangeduid als Mandaat- en volmachtovereenkomst.
- Rapportage van de werkgroep uitvoering AWBZ vanaf 2009: hoofdlijnen 'Uitvoering AWBZ 2009-2011'. Deze rapportage wordt in het vervolg van deze prestatiemeting aangeduid als Uitvoeringsopdracht zorgkantoren 2009-2011.
- Stappenplan uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden 2012 en uitvoering AWBZ in de concessieperiode 2009-2011. Deze publicatie wordt in het vervolg van deze prestatiemeting aangeduid als Stappenplan uitvoering AWBZ.
- De brief van de Staatssecretaris van VWS (kenmerk) over de Uitvoering AWBZ in 2012. In deze brief informeert de Staatssecretaris de concessiehouder (zorgkantoren) over de aanpak en voorbereiding van het vervolg op de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011.

De prestatiemeting AWBZ 2011 is evenals in 2010 ingedeeld volgens de prestatievelden die zijn genoemd in de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011. Deze prestatievelden zijn:

- Prestatieveld 1: Service aan cliënten;
- Prestatieveld 2: Zorginkoop en -contractering;
- Prestatieveld 3: Moderne administratieve organisatie.

#### **1.4 De positie van de consument**

De invloed van de consument op de kwaliteit van de zorg vormt een belangrijk uitgangspunt van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Bij de invloed van consumenten gaat het om de middelen die consumenten tot hun beschikking hebben om het gedrag van zorgaanbieders en zorgkantoren te beïnvloeden dan wel bij te sturen in een voor hen gunstige richting.

Het bewaken en versterken van de positie van de consument staat bij de taakuitoefening van de NZa centraal. Artikel 3, lid 3 van de Wmg stelt



daarover: De zorgautoriteit stelt bij de uitoefening van haar taken het algemene consumentenbelang voorop.

Zorgkantoren hebben in de Aanwijzing de taak gekregen om consumenten te faciliteren, zodat deze op basis van de juiste informatie waarover zij op het juiste moment beschikken, de juiste beslissingen kunnen nemen. Als de consument in staat is om goed geïnformeerde keuzes te maken, kan hij zorgkantoren en zorgaanbieders stimuleren om op een efficiënte manier kwalitatief goede zorg te leveren.

In de Prestatiemeting AWBZ 2011 zijn toetsingsaspecten opgenomen die de consument centraal stellen. Deze toetsingsaspecten komen vooral aan de orde bij prestatieveld 1 service aan cliënten in de prestatie-indicatoren zorg in natura, persoonsgebonden budget en klachtenbehandeling.



## 2. Analyse normstelling naar prestatie-indicatoren

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de prestatievelden en prestatie-indicatoren die de NZa hanteert bij haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2011. Het hoofdstuk beschrijft ook de wegingen die de NZa aan de verschillende prestatie-indicatoren heeft toegekend en de overwegingen die een rol hebben gespeeld bij deze wegingen. Tot slot beschrijft dit hoofdstuk de wijze van berekening van de totaalscore per concessiehouder en de kwalificaties die de NZa aan de totaalscores toekent.

### 2.2 Resultaatgebieden en prestatie-indicatoren

De prestatiemeting AWBZ 2011 is ingedeeld volgens de prestatievelden die zijn genoemd in de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011. Binnen bovengenoemde prestatievelden onderscheidt de NZa de volgende prestatie-indicatoren:

- Service aan cliënten:
  - Zorg in natura;
  - Persoonsgebonden budget (PGB);
  - Behandeling van klachten.
- Zorginkoop en –contractering:
  - Contracteerproces;
  - Doelmatige zorgverlening binnen de contracteerruimte;
  - Innovatie en kwaliteit zorgverlening.
- Moderne administratieve organisatie:
  - Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura;
  - Administratie op verzekerdenniveau: PGB;
  - Monitoring continuïteit zorgverlening;
  - Materiële controle;
  - Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik;
  - Administratieve organisatie en interne controle.

In de bijlage bij de mandaat- en volmachtovereenkomst inzake uitvoering van werkzaamheden zorgkantoren zijn de taken voor de bovengenoemde prestatievelden uitgewerkt.

De prestatievelden Service aan cliënten en Zorginkoop- en contractering staan centraal in de prestatiemeting van de NZa. Concessiehouders moeten de AWBZ op cliëntgerichte en cliëntvriendelijke wijze uitvoeren. Ook dienen concessiehouders er voor te zorgen dat de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor verzekerden gewaarborgd zijn. Het prestatieveld Moderne administratieve organisatie betreft vooral de interne processen van concessiehouders en vormt een belangrijke randvoorwaarde om de taken op de gebieden Service aan cliënten en Zorginkoop- en contractering uit te voeren.

## 2.3 Weging prestatie-indicatoren

In tabel 2.1 is de weging weergegeven die de NZa toekent aan de prestatie-indicatoren in 2011 en 2010.

**Tabel 2.1. Weging prestatie-indicatoren 2011 en 2010**

Prestatie-indicator AWBZ	Wegingsfactor 2011	Wegingsfactor 2010
<i>Service aan cliënten</i>		
1. Zorg in Natura	4	4
2. Persoonsgebonden budget	1	1
3. Klachtenbehandeling	3	3
<i>Totaal service aan cliënten</i>	<b>8</b>	<b>8</b>
<i>Zorginkoop- en contractering</i>		
4. Contracteerproces	1	1
5. Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	2	3
6. Innovatie en kwaliteit zorgverlening	3	3
<i>Totaal zorginkoop- en contractering</i>	<b>6</b>	<b>7</b>
<i>Moderne administratieve organisatie</i>		
7. Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	4	3
8. Administratie op verzekerdeniveau: PGB	2	2
9. Monitoring continuïteit zorgverlening	1	1
10. Materiële controle	1	1
11. Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	1	1
12. Administratieve organisatie en interne controle	2	2
<i>Totaal moderne administratieve organisatie</i>	<b>11</b>	<b>10</b>
<i>Totaal van de wegingsfactoren</i>	<b>25</b>	<b>25</b>

Declaratie op cliëntniveau voor intramurale zorg is per 1 januari 2010 aangevangen. Daarnaast zal ook declaratie op cliëntniveau voor extramurale zorg – volgens afspraken tussen ketenpartijen – per 1 juli 2011 aanvangen. Het declareren op cliëntniveau is van groot belang voor de toekomstige ontwikkeling van de AWBZ; om die reden weegt de indicator 'Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura' in 2011 zwaarder mee dan in 2010.

De weging van de indicator doelmatige zorgverlening binnen de contracteerruimte, is in 2011 verlaagd. De doelmatigheid wordt ten dele al gewaarborgd door de strakke financiële waarborgen die de overheid van de zorgkantoren afdwingt. Bovendien heeft de NZa een instrument in handen waarmee bij onverhoopt slecht/ondoelmatig presteren door de zorgkantoren direct kan worden ingegrepen.

## 2.4 Totalscore per indicator

De NZa kent op basis van de uitkomsten van haar onderzoek aan alle prestatie-indicatoren een score toe. De NZa hanteert hierbij het oordeel goed, voldoende of onvoldoende. Het oordeel goed geeft de NZa aan een indicator waarbij de score op 8 of hoger uitkomt. Het oordeel voldoende geeft de NZa bij een score vanaf 5,5 tot 8 punten en het oordeel onvoldoende bij een score lager dan 5,5 punten. De oordelen per indicator worden vertaald in 0, 1 of 2 punten die vervolgens meetellen in de totale prestatiemeting: zie tabel 2.2.

**Tabel 2.2. Mogelijke scores per prestatie-indicator**

Oordeel	Aantal punten indicator	Totaalscore indicator t.b.v. totaaloordeel
Goed	8,0 - 10	2
Voldoende	5,5 - 7,9	1
Onvoldoende	0 - 5,4	0

## 2.5 Totaalscore uitvoering AWBZ

Door de totaalscore per prestatie-indicator (0, 1 of 2 punten) te vermenigvuldigen met de wegingsfactor en de uitkomst daarvan op te tellen wordt de totaalscore uitvoering AWBZ berekend. De wegingsfactoren leveren een totale weging van 25 op, daarom kunnen in totaal maximaal  $2 \times 25 = 50$  punten worden behaald: zie tabel 2.3.

**Tabel 2.3. Maximale totaalscores per prestatie-indicator**

Prestatie-indicatoren AWBZ 2011	Maximale score per indicator	Wegingsfactor	Maximale Totaalscore
<i>Service aan cliënten</i>			
1. Zorg in Natura	2	4	8
2. Persoonsgebonden budget	2	1	2
3. Klachtenbehandeling	2	3	6
<i>Totaal Service aan cliënten</i>			16
<i>Zorginkoop en contractering</i>			
4. Contracteerproces	2	1	2
5. Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	2	2	4
6. Innovatie en kwaliteit zorgverlening	2	3	6
<i>Totaal Zorginkoop- en contractering</i>			12
<i>Moderne administratieve organisatie</i>			
7. Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	2	4	8
8. Administratie op verzekerdeniveau: PGB	2	2	4
9. Monitoring continuïteit zorgverlening	2	1	2
10. Materiële controle	2	1	2
11. Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	2	1	2
12. Administratieve organisatie en interne controle	2	2	4
<i>Totaal Moderne administratieve organisatie</i>			22
<i>Totaal van de wegingsfactoren</i>		25	50

## 2.6 Onderzoeksopzet 2011

Een aantal ontwikkelingen geeft voor de NZa aanleiding het AWBZ-onderzoek anders op te zetten dan in voorgaande jaren. Uit de onderzoeken in de afgelopen jaren is gebleken dat concessiehouders hun taken steeds beter zijn gaan uitvoeren waardoor een andere opzet gerechtvaardigd is. De belangrijkste reden voor een andere opzet is evenwel dat de toekomstige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars (voor eigen verzekerden) specifieke eisen stelt aan de

bedrijfsvoering van de zorgkantoren. De NZa is van mening dat het inspelen op toekomstige ontwikkelingen door concessiehouders een meer prominente rol moet spelen in het jaarlijkse onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ door de concessiehouders.

Dit betekent dat de NZa, net als 2010, over 2011 'gefocused' onderzoek uitvoert naar het functioneren van de concessiehouders op basis van een beperkt(er) aantal prestatie-indicatoren. Dit betekent ook dat de totaaloordeelen per prestatieveld en het totaaloordeel per concessiehouder in 2011 niet van toepassing zijn.

De te onderzoeken prestatie-indicatoren raken de drie prestatievelden service aan cliënten, zorginkoop- en contractering en moderne administratieve organisatie. Welke prestatie-indicatoren de NZa over 2011 gaat onderzoeken, wordt in een later stadium met de concessiehouders gecommuniceerd.

Daarnaast doet de NZa verdiepend onderzoek naar de stand van zaken, de knelpunten en de mogelijke oplossingen van taken die betrekking hebben op de toekomstige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. De NZa besteedt in dit verband bijzondere aandacht aan:

- controle van de declaraties en registreren van kosten op cliëntniveau;
- administratieve overdracht van cliëntendossiers;
- wijziging van het zorginkoopbeleid van de verzekeraars: afhankelijk van het uiteindelijke uitvoeringsmodel zullen verzekeraars – veel meer dan in de huidige situatie – AWBZ-zorg inkopen buiten het traditionele werkgebied van het zorgkantoor;
- wijziging in de verhoudingen tussen verzekeraars en hun relatie met zorgaanbieders: verzekeraars zullen in een concurrerende omgeving gaan opereren;
- loslaten van de huidige regionale oriëntatie en de consequenties hiervan voor de samenwerking in het Wmo-domein.

De uitkomsten van de prestatiemeting resulteren samen met de uitkomsten van het onderzoek naar de rechtmatigheid van uitgaven en ontvangsten van de concessiehouders (inclusief beheerskosten AWBZ) in één rapport per concessiehouder.

Het normenkader is de afgelopen jaren slechts beperkt gewijzigd. Hierdoor zijn de concessiehouders in staat gesteld steeds hogere scores te realiseren. Om het functioneren van de concessiehouder nog verder te verbeteren formuleert de NZa bij voldoende en onvoldoende uitvoering van processen verbeterpunten en bespreekt deze met de concessiehouders.

De NZa kan aan bepaalde toetsingsaspecten binnen een prestatie-indicator een zwaardere weging toekennen als zij van mening is dat een concessiehouder, die niet voldoet aan het betreffende toetsingsaspect, geen goede uitvoering kan geven aan de prestatie-indicator. De betreffende toetsingsaspecten vormen een randvoorwaarde om de prestatie-indicator goed uit te voeren. De NZa heeft dit aangekondigd in haar brief met kenmerk MOUN/thok/TZ/10. In hoofdstuk 4 heeft de NZa opgenomen welke toetsingsaspecten zij als randvoorwaarde aanmerkt voor goede uitvoering van een prestatie-indicator.

De NZa wijst erop dat zij ook uitvoeringsaspecten die geen deel uitmaken van de prestatiemeting over 2011 bij haar totaaloordeel over een prestatie-indicator kan betrekken. Dit geldt wanneer de NZa bij haar onderzoek vaststelt dat de concessiehouder (zorgkantoor) op een naar

haar oordeel essentieel uitvoeringsaspect onvoldoende heeft gepresteerd.

Zo kan de NZa (bijvoorbeeld) een puntenaftrek toepassen als:

- verzekerden, cliënten of zorgaanbieders daadwerkelijk een onacceptabel nadelig effect hebben ondervonden door een slechte uitvoering van taken;
- de kans zeer groot is dat in de toekomst verzekerden, cliënten of zorgaanbieders een nadelig effect ondervinden door een slechte uitvoering van taken;
- de concessiehouder de verantwoordingsinformatie te laat inlevert bij de NZa.





## 3. Handhavingsbeleid 2011

### 3.1 Inleiding

Op grond van artikel 16 van de Wmg houdt de NZa toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de concessiehouders. Als de concessiehouders processen niet op toereikende wijze uitvoeren heeft de NZa de bevoegdheid handhavingsmaatregelen op te leggen. Hierbij vormt het NZa-brede handhavingsbeleid het uitgangspunt. In dit hoofdstuk wordt het NZa-brede handhavingsbeleid uiteengezet voor het onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ 2011.

### 3.2 Invulling handhavingsbeleid 2011

Op grond van hoofdstuk 6 van de Wmg staan de NZa diverse handhavinginstrumenten ter beschikking:

- het geven van een aanwijzing;
- openbaarmaking van bepaalde handhavingmaatregelen;
- het opleggen van een last onder dwangsom;
- het opleggen van een boete;
- toepassing van bestuursdwang.

Behalve het gebruik maken van deze handhavinginstrumenten kan de NZa besluiten tot interventies, zoals bijsturende of normoverdragende gesprekken en brieven.

Voor de uitvoering van de AWBZ door de concessiehouders past de NZa voor 2011 het handhavingsbeleid als volgt toe:

- De NZa legt aan een concessiehouder die een proces (prestatie-indicator) in 2011 onvoldoende heeft uitgevoerd een aanwijzing op. De NZa neemt de aanwijzing en de te realiseren verbeterpunten op in de conclusie van het individuele rapport aan de concessiehouder. De NZa geeft de concessiehouder de gelegenheid de verbeterpunten vóór een in de aanwijzing genoemde datum te realiseren. De concessiehouder moet zich uiterlijk op de in de aanwijzing genoemde datum expliciet verantwoorden aan de NZa over de opvolging van de verbeterpunten. Als de concessiehouder de verbeterpunten op de betreffende datum niet (grotendeels) heeft gerealiseerd, en de NZa het proces niet als voldoende of goed beoordeelt, kan de NZa overgaan tot nadere maatregelen zoals genoemd in de Wmg.
- Als een concessiehouder een proces (prestatie-indicator) in 2011 voldoende heeft uitgevoerd, draagt de NZa de concessiehouder op om de verbeterpunten te realiseren die hebben geleid tot deze beoordeling. De NZa kan in deze situatie overgaan tot het opleggen van een aanwijzing, als de concessiehouder ten opzichte van 2010 niet of nauwelijks verbeteringen heeft gerealiseerd. De concessiehouder moet zich in de verantwoordingsinformatie over 2012 dan wel op een eerder door de NZa bepaalde datum expliciet verantwoorden over de uitvoering van de verbeterpunten.
- Als een concessiehouder een proces in 2011 goed uitvoert, maar de uitvoering vertoont op onderdelen beperkte tekortkomingen, dan legt de NZa geen handhavingsmaatregelen op. De NZa neemt de verbeterpunten op in het individuele rapport aan de concessiehouder en adviseert de concessiehouder de betreffende verbeterpunten te realiseren.

Voor de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor de PGB gold in 2010 een bijzondere situatie. Deze bijzondere situatie hield verband met de invoering van het Controleprotocol PGB-AWBZ per 1 januari 2010. Vanaf 2010 moeten de concessiehouders de controles op het PGB uitvoeren conform het Controleprotocol PGB. Hierin zijn onder andere bepalingen opgenomen die meer inhouden dan alleen administratieve controles. Het nieuwe Controleprotocol PGB voorziet in moderne controletechnieken en schrijft ook voor dat bij vermoeden van misbruik ook onderzoek – materiële controle – wordt ingesteld bij budgethouder, zorgaanbieder en bemiddelingsbureau. Het onderzoeksjaar 2010 werd daarbij beschouwd als een ervaringsjaar. Nu de concessiehouders de tijd hebben gehad om hun PGB-proces aan te passen aan de eisen van het Controleprotocol, is vanaf 2011 het reguliere handhavingsbeleid van de NZa ook op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor de PGB onverkort van toepassing.

## 4. Uitwerking normenkader 2011

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk heeft de NZa het normenkader voor de beoordeling van het functioneren van de concessiehouders in 2011 in detail opgenomen. Per prestatie-indicator zijn de daarbij behorende toetsingsaspecten en de normeringen vermeld. In paragraaf 4.2 worden de belangrijkste wijzigingen in de toetsingsaspecten ten opzichte van 2010 uiteengezet.

### 4.2 Wijzigingen in normenkader ten opzichte van 2010

**Tabel 4.1. Belangrijkste wijzigingen in prestatie-indicatoren 2011 ten opzichte van 2010**

Prestatie-indicator	Belangrijkste wijzigingen
1. Zorg in natura	<p>A. Onderdeel c. Er wordt nu standaard van uit gegaan dat de concessiehouder wachtlijst-informatie van zijn gecontracteerde zorgaanbod op zijn website plaatst.</p> <p>C1. Er wordt nu standaard van uit gegaan dat de concessiehouder op zijn website de consument over het ZZP-aanbod kan informeren. Telefonische infoverstreking hierover aan de cliënt blijft uiteraard belangrijk, maar is voor (gedeeltelijke) punttoekenning niet meer voldoende.</p> <p>C2. Onderdeel a inzake de overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over de eigen betalingen sluit beter aan op de Handreiking zorginkoop 2012.</p> <p>D1 en D2. Afwezigheid van gegronde signalen over onvoldoende zorgbemiddeling blijft voor de NZa een relevant aandachtspunt, maar leidt niet meer tot extra punten. Verder is onder D1 de invoering van de nieuwe AZR release 3.0 toegevoegd (D1 d tot en met f).</p> <p>E2. Er wordt in aansluiting op de ZN Zorginkoopgids 2012 meer nadruk gelegd op het in overleg met gemeenten en zorgaanbieders komen tot preventie en tot een leefomgeving, waarin zelfredzaamheid van de cliënt kan worden bevorderd.</p>
2. Persoonsgebonden budget	<p>ITS heeft over 2010 in opdracht van ZN een PGB-cliëntenraadpleging uitgevoerd. Hieruit blijken nog enige verbeterpunten rond de algemene voorlichting aan PGB cliënten (A1), informatie over de indicatieafloop (A7), en de afhandelduur van de PGB beschikkingen na de ontvangst van het aanvraagformulier door het zorgkantoor (B1 en B2).</p>
3. Klachtenbehandeling	<p>In deze prestatie-indicator zijn geen inhoudelijke wijzigingen doorgevoerd.</p>
4. Contracteerproces	<p>In deze prestatie-indicator is het voormalige onderdeel C: "Elementen in de overeenkomst waarover met de zorgaanbieder afspraken moeten worden gemaakt" geschrapt. Deze elementen komen voldoende terug in de prestatie-indicator 1 Zorg in Natura en prestatie-indicator 7 Administratie op verzekerdenniveau Zorg in natura. Verder zijn geen inhoudelijke wijzigingen doorgevoerd.</p> <p>D1. Afwezigheid van gegronde signalen over discriminatoire wijze van zorginkopen blijft voor de NZa een relevant aandachtspunt, maar leidt niet meer tot extra punten.</p> <p>Toetspunt E zorgplan bespreking is verplaatst naar prestatie-indicator 6 Innovatie en kwaliteit zorgverlening.</p>

<p>5. Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte</p>	<p>C. Het onderdeel kortingen op prijzen van extramurale zorgproducten is geschrapt. Hiervoor in de plaats komen de inspanningen van de concessiehouder om doelmatigheid, procesverbeteringen en beperking van de overhead bij zorgaanbieders te bereiken. Hiermee wordt aangesloten bij de Zorginkoopgids 2012 van ZN.</p>
<p>6. Innovatie en kwaliteit zorgverlening</p>	<p>A. Onder punt a. wordt een groot belang toegekend aan de aanwezigheid van ketenovereenkomsten Dementie. Onder punt b. wordt een aantal nieuwe aandachtspunten benoemd voor de vormgeving van ketenzorgprojecten, ontleend aan de Zorginkoopgids 2012 van ZN.</p> <p>D. Hierin wordt net als in voorgaande jaren gevraagd naar een actueel overzicht bij de concessiehouder over de zorginhoudelijke kwaliteit en cliënttevredenheid van het gecontracteerde zorgaanbod. Dit onderdeel is geactualiseerd op basis van mogelijkheden die ZN in de Zorginkoopgids 2012 benoemt. De normen voor verantwoorde zorg worden ook in de GHZ in gebruik genomen. Dit proces is echter nog gaande.</p> <p>In verband met het belang dat de NZa hecht aan een aantoonbaar overzicht van de concessiehouder op de kwaliteitsborging in de regio is de weging van D van aangepast.</p> <p>E. De toepassing van het zorgplan door de zorgaanbieder is ongewijzigd overgeplaatst uit prestatie-indicator 4 Contracteerproces.</p>
<p>7. Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura</p>	<p>A. Partijen hebben zich vastgelegd op integrale declaratie op cliëntniveau in 2012 en daarbij te voldoen aan het uniforme Declaratieprotocol AWBZ. Daarom wordt hier onder een nieuw punt b. ook de afspraken voor 2012 nagegaan. Hiermee wordt aangesloten bij de Handreiking zorginkoop 2012.</p> <p>B. Dit onderdeel is geheel herzien. 2011 is een complex declaratiejaar waarin de declaratie intramurale zorg geheel op cliëntniveau plaatsvindt en de declaratie extramurale zorg zich in een overgangsfase bevindt van prestatieniveau naar cliëntniveau. De Nadere regeling declaratie AWBZ zorg voorstelt in een declaratie van extramurale AWBZ zorg op cliëntniveau per 1 juli 2011.</p> <p>D. De afrekening van zorgaanbieders is naar voren gehaald van 1 september t+1 naar 1 juni t+1. De indieningsdatum van het nacalculatieformulier 2010 is hiermee op 1 juni 2011 vastgesteld.</p>
<p>8. Administratie op verzekerdeniveau: PGB</p>	<p>In deze prestatie-indicator zijn de bepalingen van het Controleprotocol PGB-AWBZ 2011 verwerkt. Hierbij is rekening gehouden met de brief CCZ 2011008661 van 4 maart 2011 van het CVZ.</p>
<p>9. Monitoring continuïteit zorgverlening</p>	<p>A. In de individuele overeenkomst met de zorgaanbieder moet niet alleen zijn opgenomen dat de zorgaanbieder de concessiehouder zo vroeg mogelijk informeert wanneer de continuïteit van zorg in gevaar kan komen, maar ook dat de zorgaanbieder de concessiehouder alle relevante informatie verstrekt die de concessiehouder nodig heeft voor de beoordeling of de continuïteit van zorg in gevaar is.</p> <p>B2. De onderwerpen waaraan de concessiehouder in het – periodiek – overleg 2011 met de zorgaanbieder aandacht moet besteden, zijn uitgebreid met onderwerpen die risicovol kunnen worden als gevolg van de andere wijze van bekostiging bij de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars.</p> <p>B3. Toegevoegd is dat de concessiehouder over een standaard draaiboek (stappenplan) moet beschikken waarin is opgenomen welke mogelijkheden dienen te worden onderzocht om continuïteit van zorg te borgen. Op deze wijze is aansluiting gezocht bij de Beleidsregel Steunverlening (AL/BR-0002).</p> <p>B4. Toegevoegd is dat de concessiehouder de risico's die samenhangen met uitbesteding van zorg aan andere zorginstellingen of zelfstandigen zonder personeel in voldoende mate monitort en consequenties verbindt aan het niet nakomen van gemaakte afspraken.</p> <p>C. Meer aandacht voor betrokkenheid van het management.</p>

10. Materiële controle	In deze prestatie-indicator zijn geen inhoudelijke wijzigingen doorgevoerd. De puntentoekenning is wel gewijzigd. De nadruk in de puntentoekenning wordt sterker gelegd bij de uitvoering van de materiële controles.
11. Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	In deze prestatie-indicator zijn geen inhoudelijke wijzigingen doorgevoerd. De puntentoekenning is wel gewijzigd. De nadruk in de puntentoekenning verschuift meer naar de uitvoering van de materiële controles.
12. Administratieve organisatie en interne beheersing	<p>De NZa verwacht dat de concessiehouder jaarlijks de opzet en werking van de maatregelen voor permanente beschikbaarheid en continuïteit van de geautomatiseerde systemen vaststelt door het uitvoeren van een IT-audit. De NZa kent een score toe als in opzet toereikende maatregelen zijn getroffen voor de continuïteit, de logische toegangsbeveiliging en het change management van de geautomatiseerde systemen, deze maatregelen bestaan én deze maatregelen gedurende 2011 hebben gewerkt.</p> <p>Verder zijn enkele tekstuele verduidelijkingen doorgevoerd (geen inhoudelijke wijzigingen).</p>



## 4.3 PI 1: Zorg in natura

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>A. Het op de website beschikbaar stellen van algemene publieksinformatie over het zorgaanbod in de regio</b></p> <p>De concessiehouder dient belanghebbenden - gemeenten, zorgverzekeraars en verzekerden - goed en tijdig te informeren over het gecontracteerde zorgaanbod in de regio. Zorgverzekeraars en gemeenten kunnen zich een beeld vormen van het zorgaanbod en de samenhang met de uitvoering van de eigen taken rond de Zvw en de Wmo. Verzekerden kunnen op basis van de informatie een afgewogen keuze maken voor een zorgaanbieder.</p> <p>De concessiehouder moet de belanghebbenden op actieve wijze informeren, dus zonder dat hier een specifieke vraag aan vooraf gaat. De concessiehouder stelt hiertoe informatie beschikbaar op de website die de belanghebbende kan raadplegen. Beoordeeld wordt de situatie begin 2012.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder stelt informatie op de website beschikbaar die de belanghebbende kan raadplegen over de gecontracteerde zorgaanbieders per zorgkantoorregio, hun locaties en hun doelgroepen en/of zorgaanbod. De verstrekte informatie is actueel.</p> <p>b. De concessiehouder stelt informatie op de website beschikbaar die de belanghebbende kan raadplegen met meer specifieke gegevens van - nagenoeg - alle individuele gecontracteerde zorgaanbieders over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de kwaliteit van de AWBZ-zorg zoals kerngegevens over uitkomsten van het zelfonderzoek van de zorgaanbieders aan de normen voor verantwoorde zorg, cliënttevredenheidsonderzoek en kwaliteitscertificering.</li> <li>- zogenoemde etalage-informatie zoals de aanwezigheid van eenpersoonskamers, beleid over ontruimen na overlijden, geloofsovertuiging, mogelijkheid tot het houden van huisdieren, bereikbaarheid openbaar vervoer.</li> </ul> <p>De verstrekte informatie wordt periodiek geactualiseerd.</p> <p>PS. Een link naar kiesBeter volstaat alleen als de concessiehouder aantoonbaar toetst of de informatie welke de zorgaanbieder op kiesBeter plaatst voldoende en actueel is, en als de link regelmatig getoetst wordt op werking. Actueel houdt in, geactualiseerd conform de afspraken die tussen zorgaanbieders (koepels), VWS, ZN en kiesBeter zijn gemaakt.</p> <p>c. De concessiehouder stelt informatie op de website beschikbaar over de wachttijden bij de gecontracteerde zorgaanbieders. De verstrekte informatie is actueel.</p>	2
<p><b>B. Het beschikbaar stellen van een publieksfolder aan voorzieningen voor eerstelijnszorg in de regio over hoe het werkt in de AWBZ</b></p>	1

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p>De concessiehouder stelt aan voorzieningen van eerstelijnszorg, het CIZ en op het eigen kantoor informatiemateriaal beschikbaar dat de cliënt kan raadplegen over hoe het werkt in de AWBZ.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. De concessiehouder verstrekt de publieksfolder op actieve wijze aan nieuwe cliënten, voorzieningen van eerstelijnszorg en cliëntenorganisaties. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een verzendlijst. Beoordeeld wordt de situatie begin 2012.</li> <li>b. De folder bevat informatie over keuze zorg in natura of PGB, eigen bijdragen, op welke zorg de verzekerde recht heeft.</li> <li>c. De folder voor 2012 bevat ook informatie over de wijze waarop de verzekerde een indicatie kan verkrijgen. De concessiehouder volstaat daarbij niet met het uitsluitend vermelden van de formele procedure via CIZ en BJZ. De folder besteedt naast de rol van het zorgkantoor ook aandacht aan de rol van huisartsen, ziekenhuizen (transferverpleegkundigen) en zorgaanbieders (ook deze helpen cliënten veelal bij de indicatieverzekering als de cliënt hen als voorkeursaanbieder aanwijst).</li> <li>d. De folder voor 2012 benoemt kwetsbare groepen die mogelijk extra belemmeringen ondervinden bij de indicatieaanvraag. Het gaat bijvoorbeeld om ouderen zonder mantelzorg, mensen met lichamelijke, geestelijke of zintuiglijke beperkingen, allochtonen. De concessiehouder verwijst ook naar organisaties die daarop zijn toegesneden.</li> <li>e. De folder verwijst naar de websites van het zorgkantoor en andere relevante organisaties (zoals CIZ, BJZ, CAK, Per Saldo, Mee, Zorgbelang).</li> <li>f. De folder wordt tenminste jaarlijks geactualiseerd voor wijzigingen, bijvoorbeeld in het verstrekkingenpakket AWBZ.</li> </ul>	
<p><b>C. Het beantwoorden van vragen van AWBZ-verzekerden over welke passende intramurale zorg waar verkrijgbaar is</b></p>	<p>2</p>
<p><b>C.1</b> Niet elke intramurale zorgaanbieder kan ieder ZZP leveren, omdat hij hiervoor niet is toegelaten en/of niet de juiste expertise heeft. De zorgaanbieder moet zélf de cliënt informeren over de ZZP's die door hem kunnen worden geleverd, de invulling van zorg binnen het ZZP en afspraken hierover in het zorgplan. Hier ligt echter ook een taak voor de concessiehouder. De concessiehouder heeft overzicht over het totale zorgaanbod en weet ook zelf of een zorgaanbieder een ZZP al dan niet kwalitatief voldoende kan leveren. De concessiehouder kan de cliënt van keuze-informatie voorzien, voordat deze zich tot een specifieke aanbieder wendt. Beoordeeld wordt de situatie begin 2012.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder informeert verzekerden aantoonbaar via de website en/of folders over de ZZP's die elke gecontracteerde intramurale zorgaanbieder kan leveren.</p>	



Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>C.2 Informatie zorgaanbieders over bijbetalingen voor verstrekkingen.</b> De NZa heeft veel signalen ontvangen over cliënten in intramurale zorginstellingen die voor verstrekkingen moeten 'bijbetalen'. De NZa acht het noodzakelijk dat de concessiehouder van zorginstellingen transparantie op dit gebied eist, zowel naar de cliënt als naar hem zelf. Bijbetalingen voor voorzieningen die buiten de verstrekking vallen kunnen uiteindelijk ook gevolgen hebben voor de toegankelijkheid van de AWBZ-zorg zelf. Dat laatste komt vooral in beeld als het gebruikelijke basisdiensten betreft die in aanvulling op de AWBZ-basiszorg worden afgenomen. Het betreft bijvoorbeeld de tv- of telefoonaansluiting, wassen en strijken van kleding, voedingsmiddelen en disposables, die naar de mening van de zorgaanbieder buiten de aanspraken vallen. De Handreiking zorginkoop 2012 van ZN en het CVZ rapport "Aanvullende dienstverlening" sluiten hierop aan.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. De concessiehouder vraagt in de overeenkomst voor 2012 met de zorgaanbieder dat deze <ul style="list-style-type: none"> <li>- de cliënten vooraf, in ieder geval op zijn website, op de hoogte stelt van alle diensten die hij aan de cliënt separaat in rekening brengt, en de tarieven die hij hiervoor hanteert;</li> <li>- de cliënt niet tot de afname van deze diensten verplicht is;</li> <li>- dat geen eigen betalingen voor AWBZ-verzekerde zorg worden gehanteerd, en de zorgaanbieder de CVZ-brochure 'Daar hebt u recht op in een AWBZ-instelling' in acht neemt.</li> </ul> </li> <li>b. De concessiehouder verlangt van de zorgaanbieder dat het beleid voor aanvullende diensten en de hoogte van de bijbetalingen overlegd worden met de cliëntenraad, en monitort dit.</li> <li>c. De concessiehouder neemt zo nodig actie bij klachten van de cliënten en eigen bevindingen, dat de zorgaanbieder in strijd handelt met a en b en legt dit aantoonbaar vast.</li> </ol>	
<p><b>D. Ervoor zorgen dat AWBZ-verzekerden hun aanspraken kunnen realiseren overeenkomstig aard, inhoud en omvang zoals in het indicatiebesluit is vastgesteld</b></p>	4

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>D.1 Bewaking tijdige levering niet – acute zorg:</b> Verzekerden moeten zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de Treeknormen, door de zorgaanbieder in zorg zijn genomen. Indien dit niet mogelijk is, bijvoorbeeld in geval van een cliëntenstop of overbezetting, moet de zorgaanbieder dit melden bij de concessiehouder. De concessiehouder moet vervolgens voorzien in een alternatief. De verzekerde moet uiteindelijk binnen de termijn genoemd in de Treeknormen in zorg worden genomen. Om deze procedure in de regio goed te laten verlopen, moet de concessiehouder hierover afspraken maken met zorgaanbieders in de overeenkomst 2012, en de naleving hiervan controleren.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. De concessiehouder maakt in de overeenkomst met de zorgaanbieder afspraken over <ul style="list-style-type: none"> <li>- een tijdig en juist gebruik van de berichten voor de wachtlijstregistratie, hetzij via AZR, hetzij via een webapplicatie, inclusief de tijdige en juiste terugmelding van verzekerde bij de concessiehouder, indien deze niet binnen de Treeknorm in zorg kan worden genomen.</li> <li>- financiële consequenties, ingeval de zorgaanbieder hieraan niet voldoet.</li> </ul> </li> <li>b. De concessiehouder controleert actief of zorgaanbieders zich houden aan de afspraken over een tijdig en juist berichtenverkeer AZR, zoals vastgelegd in de overeenkomst.</li> <li>c. De concessiehouder biedt de verzekerde die vóór het verstrijken van de termijnen genoemd in de Treeknorm – buiten zijn wil – niet in zorg is genomen door de zorgaanbieder, een passend alternatief aan. De concessiehouder sluit daarbij aan op de in de Handreiking Zorgtoewijzing van ZN Verblijfszorg opgenomen vervolgroutes (overbruggingszorg, intensivering hiervan gedurende drie maanden, langdurige extramurale zorg zonder opname, PGB, VPT).</li> <li>d. De concessiehouder voldoet uiterlijk 1 juli 2011 aan het Groene Vink traject van CVZ voor AZR 3.0 <ul style="list-style-type: none"> <li>- de berichten voldoen aan de technische specificaties</li> <li>- de berichten zijn inhoudelijk met gunstig resultaat getest</li> <li>- de implementatie van AZR 3.0 wordt uiterlijk 1 juli 2011 als geschikt beoordeeld</li> </ul> </li> <li>e. De concessiehouder heeft aantoonbaar de tijdige ingebruikname van AZR 3.0 in de periode augustus tot en met oktober van 2011 door de zorgaanbieders gevolgd, inclusief de aanpassing van de wachtlijstgegevens aan de nieuwe definities van AZR 3.0, en zo nodig actie genomen naar achterblijvers.</li> <li>f. De concessiehouder draagt voor de periodieke wachtlijstregistratie van het CVZ zorg voor een tijdige en correcte doorlevering van <ul style="list-style-type: none"> <li>- het landelijk aanleverbericht AW317 over de eerste twee kwartalen van 2011</li> <li>- het landelijk aanleverbericht AW317 nieuwe stijl vanaf 1 november 2011.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>D.2 Bewaking tijdige levering acute zorg:</b> De concessiehouder moet er voor zorgen dat acute AWBZ-zorg binnen 24 uur beschikbaar is.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. De concessiehouder heeft in de overeenkomsten 2012 met zorgaanbieders geregeld dat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- er permanent voldoende palliatief terminale zorg, crisiszorg en overige acute AWBZ-zorg binnen 24 uur beschikbaar is;</li> <li>- de betreffende zorgaanbieders acute zorgverlening niet kunnen weigeren.</li> </ul> </li> <li>b. De concessiehouder beschikt voor alle regio's over een regionaal protocol voor crisiszorg. In dit protocol: <ul style="list-style-type: none"> <li>- is geregeld dat thuiswonende mensen in noodgevallen 24 uur per dag een hulpverlener kunnen bereiken;</li> <li>- worden de betreffende zorgaanbieders en de beschikbare crisiscapaciteit benoemd;</li> <li>- is opgenomen hoe de poortwachters (huisartsen, MEE) zich op de hoogte kunnen stellen van de vrije crisiscapaciteit.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>E. Het zijn van aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden, zorgaanbieders en gemeenten in de zorgregio en zorg dragen voor inkoop en informatievoorziening die op de regionale situatie is afgestemd</b></p>	1

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>E.1</b> De concessiehouder moet in 2011 en 2012 actief overleg voeren met andere, regionale, instanties over knelpunten in de AWBZ-zorg. Nu komen knelpunten en verbeterpunten in de AWBZ-zorg bij diverse instanties binnen. Door deze te bundelen en te analyseren, kan de concessiehouder adequate actie ondernemen om de kwaliteit van AWBZ-zorg te verbeteren.</p> <p><b>Norm:</b> Uit verslagen en dergelijke blijkt dat de concessiehouder met andere, regionale, instanties heeft gesproken over knelpunten in de AWBZ-zorg en deze heeft geanalyseerd, om zonodig de kwaliteit van AWBZ-zorg te bevorderen.</p>	
<p><b>E.2</b> De concessiehouder werkt samen met gemeenten, CIZ, BJZ, zorgaanbieders en zorgverzekeraars in zijn zorgregio's. De concessiehouder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>overlegt met gemeenten over de rol die de gemeente kan spelen bij het creëren van een woon- en leefomgeving waarin burgers zo lang mogelijk zelfredzaam blijven;</li> <li>stimuleert in samenwerking met aanbieders de gemeenten tot verbetering van de preventiemogelijkheden, zodat onnodig beroep op de zorg kan worden verminderd.";</li> <li>de dienstverlening en informatievoorziening aan de consument op elkaar af te stemmen, over de wijze waarop hij zijn rechten (AWBZ en Wmo) kan verzilveren (zoals indicatiestelling, doorverwijzing, inrichting (digitaal) zorgloket);</li> <li>in zijn inkoopbeleid 2012 de uitkomsten van deze afstemming te betrekken.</li> </ol> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder maakt hier aantoonbaar werk van, hetgeen blijkt uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verslagen van bijeenkomsten met relevante gemeenten;</li> <li>- verwijzingen naar een zorgloket en/of relevante gemeentelijke instanties;</li> <li>- vaste aanspreekpunten en/of andere samenwerkingsvormen met gemeenten.</li> </ul>	
<b>Totaal aantal punten</b>	<b>10</b>

## 4.4 PI 2: Persoonsgebonden budget

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>A. Cliëntgerichte en cliëntvriendelijke informatieverstrekking aan budgethouders</b></p>	6
<p><b>A.1</b> Uit consumenten oogpunt is het belangrijk dat de budgethouder voorafgaande aan de keuze tussen zorg in natura of een persoonsgebonden budget op de hoogte is wat een persoonsgebonden budget is en wat dat voor hem betekent. Concessiehouders kunnen hun verzekerden daarbij helpen met actuele informatie op hun website en in een folder. Ook kan hij voorlichtingsbijeenkomsten organiseren voor verzekerden aan wie recent een PGB is toegekend. Hierbij kan ook gebruik gemaakt worden van de kennis en ervaring van PGB belangenvereniging Per Saldo.</p> <p>Blijkens de PGB-cliëntenraadpleging 2010 van ITS stelt 46% van de cliënten niet te zijn uitgenodigd voor een PGB-bijeenkomst en 9% niet in het bezit te zijn van de PGB-bewaarmap. Verder zouden 46% en 25% niet op de hoogte van de klachten- resp. bezwaarschriftprocedure en 25% niet (tijdig) op de hoogte zijn van de belangrijkste wijzigingen in de PGB-regeling. Verder vinden veel budgethouders (15-20%) dat de toegankelijkheid van website en telefonische informatieverstrekking beter kan. Het door de Nationale ombudsman begin 2011 gepubliceerde klachtenboek geeft aan dat de bejegening en de informatievoorziening aan PGB-cliënten nog kan worden verbeterd.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder verstrekt in 2011 actuele informatie voor PGB geïnteresseerden over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het verschil tussen ZIN en PGB, hoe zorg in te kopen, de criteria waaraan een PGB-houder bij voorkeur moet voldoen en de PGB zelftest en PGB hulpgids van de belangenvereniging Per Saldo.</li> </ul> <p>b. De concessiehouder verstrekt in 2011 actuele informatie aan PGB-houders via:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voorlichtingsbijeenkomsten voor verzekerden aan wie recent een PGB is toegekend, nodigt elke PGB aanvrager hier voor uit en verstrekt deze een informatiemap.</li> <li>- website en folder over rechten en plichten van de budgethouder en de procedure: aanvraag, toekenning, vaststelling, uitbetaling, verantwoordingsvrij bedrag, eigen administratie, controle, terugbetaling, bezwaarmogelijkheden en klachten.</li> </ul> <p>c. De concessiehouder heeft de PGB-houder op de website en in de folder gewezen op de mogelijkheid om te kiezen voor zorg in natura in plaats van PGB en omgekeerd.</p> <p>d. De concessiehouder heeft de PGB-houder tijdig via een brief en via de website op heldere wijze geïnformeerd over wijzigingen die worden doorgevoerd in de PGB-regeling 2012. De concessiehouder heeft steeds de meest recente (maximaal drie weken na publicatie) informatiebulletins van het CVZ op de website beschikbaar.</p>	
<p><b>A.2</b> De concessiehouder moet in de beschikking en/of in de toelichtende brief duidelijk aangeven wat het persoonsgebonden budget voor de budgethouder in financiële termen betekent. De concessiehouder moet duidelijk aangeven hoe hoog het toegekende jaarbudget is, hoe dat is opgebouwd naar deelperioden en wanneer de voorschotten worden uitbetaald.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>De concessiehouder geeft in de beschikking en/of de toelichtende brief aan de budgethouder duidelijk aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de omvang van het jaarbudget; en de vermindering i.v.m. de eigen bijdrage;</li> <li>- indien de indicatie gedurende het jaar afloopt: ook de omvang van het budget naar rato;</li> <li>- hoe het budget is opgebouwd;</li> <li>- de voorschotperioden met uitbetalingdata.</li> </ul>	
<p><b>A.3</b> Bij een storting van een bedrag op de bankrekening van een budgethouder moet het voor de budgethouder duidelijk zijn op welke periode het ontvangen bedrag betrekking heeft.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>De concessiehouder vermeldt in 2011 op het bankafschrift van de budgethouder de periode waarop de storting betrekking heeft, dan wel het beschikingsnummer of kenmerk zodat de budgethouder op een eenvoudige wijze kan nagaan op welke periode de PGB-storting betrekking heeft.</p>	

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>A.4</b> In 2011 moeten budgethouders aan de concessiehouder verantwoording afleggen door het inzenden van het verantwoordingsformulier ten behoeve van het zorgkantoor binnen zes weken na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 31 december 2011 en voorts na afloop van de budgetperiode indien het tot een jaarbedrag herleide netto persoonsgebonden budget minder dan € 5.000 bedraagt;</li> <li>- 30 juni 2011 en 31 december 2011 en voorts na afloop van de budgetperiode indien het tot een jaarbedrag herleide netto persoonsgebonden budget € 5.000 of meer bedraagt.</li> </ul> <p>Zie artikel 2.6.9 lid 8 van de Regeling subsidies AWBZ.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder verzendt de verantwoordingsformulieren uiterlijk één week vóór afloop van de verantwoordingsperiode aan de betreffende budgethouders.</p>	
<p><b>A.5</b> De aan de budgethouder in 2011 toegezonden verantwoordingsformulieren worden vergezeld van een brief. Deze brieven moeten cliëntvriendelijk geschreven zijn en de budgethouders ondersteunen bij het invullen van het verantwoordingsformulier.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. De brief moet zijn opgesteld volgens normen van eenvoudige taal (op B1 niveau).</li> <li>b. In de brief moet een telefoonnummer (van de afdeling PGB) en e-mailadres (dan wel andere mogelijkheid om elektronisch vragen te stellen) zijn opgenomen voor het stellen van vragen.</li> <li>c. De brief moet aangeven over welke periode de budgethouder zich naar het zorgkantoor moet verantwoorden.</li> <li>d. De brief moet informatie bevatten over de verwachte reactietermijn van het zorgkantoor. Dit houdt in dat de concessiehouder in de brief moet vermelden dat hij de budgethouder binnen zes weken na ontvangst van het verantwoordingsformulier informeert over de uitkomst van de globale controle van het verantwoordingsformulier.</li> </ol>	
<p><b>A.6</b> De concessiehouder moet globale controle uitvoeren op alle ingediende verantwoordingsformulieren. In artikel 2.6.9 lid 8 van de Regeling subsidies AWBZ is opgenomen dat de budgethouder binnen zes weken na afloop van de voorschotperiode een verantwoording moet indienen. In het Uitvoeringsprotocol Regeling Persoonsgebonden budget AWBZ 2011 is opgenomen dat de concessiehouder de budgethouder binnen 6 weken na ontvangst van het verantwoordingsformulier informeert over de uitkomst van de globale controle van het verantwoordingsformulier, onder het voorbehoud dat de intensieve controle nog tot wijziging kan leiden.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft de budgethouders in meer dan 95% van de gevallen binnen zes weken na ontvangst van het volledig ingevulde verantwoordingsformulier geïnformeerd over de uitkomst van de globale controle.</p> <p><b>Het binnen 6 weken na ontvangst van het verantwoordingsformulier informeren van de budgethouder over de uitkomst van de globale controle vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</b></p>	
<p><b>A.7</b> Met het oog op cliëntvriendelijkheid is het gewenst dat de concessiehouder de budgethouder uiterlijk twee maanden voor het verstrijken van de indicatieperiode bij separaat schrijven informeert over de afloop van de geldigheidsduur van het indicatiebesluit. Volgens de cliëntenraadpleging 2010 van ITS vond 28% van de cliënten dat zij hierover niet tijdig geïnformeerd waren. Ook is het gewenst dat de concessiehouder de budgethouder informeert over de wijze waarop verlenging van het indicatiebesluit kan worden aangevraagd.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder informeert de budgethouder in 2011 uiterlijk twee maanden voor het verstrijken van de indicatieperiode over de afloop van de geldigheidsduur van het indicatiebesluit en de wijze waarop verlenging van het indicatiebesluit kan worden aangevraagd.</p>	
<p><b>A.8</b> Met het oog op cliëntvriendelijkheid is het belangrijk dat de budgethouder de verantwoordingsformulieren in 2011 ook elektronisch via een beveiligde module kan indienen.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder geeft budgethouders vanaf 1 januari 2012 de mogelijkheid de verantwoordingsformulieren 2011 elektronisch in te dienen.</p>	

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<b>B. Faciliteren van budgethouders bij verzilveren recht op zorg</b>	4
<p><b>B.1</b> Het gemiddeld aantal kalenderdagen tussen de aanvraag van een PGB en de toekenning van het PGB-budget moet worden opgenomen in de bestuurlijke verantwoording (prestatie-indicator ZC05a). Zie voor de definitie van deze indicator de Handleiding Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2011. De indicator heeft betrekking op de toekenning aan nieuwe budgethouders. De definitie van de indicator houdt rekening met wachttijden i.v.m. subsidieplafond. Volgens de PGB-cliëntenraadpleging 2010 van ITS zou een kwart van de cliënten de beschikking binnen 28 dagen ontvangen hebben. Bij 19% van de cliënten duurde dat 9 weken of langer.</p> <p><b>Norm:</b> Het gemiddeld aantal kalenderdagen tussen de ontvangst van het aanvraagformulier PGB en de toekenning van het PGB-budget bedraagt in 2011:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- maximaal 28 dagen;</li> <li>- tussen 28 en 42 dagen.</li> </ul>	
<p><b>B.2</b> In de bestuurlijke verantwoording moet worden opgenomen het percentage PGB beschikkingen dat in 2011 binnen 6 weken na de ontvangst van het aanvraagformulier is afgegeven (prestatie-indicator ZC05b, zie Handleiding uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2011). De indicator heeft betrekking op de toekenning aan nieuwe budgethouders. De definitie van de indicator houdt rekening met eventuele wachttijden i.v.m. subsidieplafond 2011. In 2010 kan de beperking van dit plafond een rol hebben gespeeld omdat in de PGB-cliëntenraadpleging 2010 van ITS circa 19% van de cliënten aangaf minstens 9 weken op de beschikking te hebben moeten wachten.</p> <p><b>Norm:</b> Het percentage PGB beschikkingen dat binnen 6 weken na de ontvangst van het aanvraagformulier is afgegeven bedraagt meer dan 95%.</p>	
<b>Totaal aantal punten</b>	<b>10</b>

## 4.5 PI 3: Klachtenbehandeling

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<b>A. Informatieverstrekking over mogelijkheid indienen van een klacht</b>	0,5
<p>Concessiehouders moeten verzekerden attenderen op en informeren over de mogelijkheden om eventuele onvrede te uiten door het indienen van een klacht. De concessiehouder moet informatie aan verzekerden beschikbaar stellen via de website en in de vorm van een folder. De verstrekte informatie moet juist, helder en toegankelijk zijn.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder stelt juiste, heldere en toegankelijke informatie beschikbaar via de website en via een folder over de mogelijkheid van het indienen van een klacht.</p> <p><i>De website en de folder moeten in ieder geval informatie bevatten over:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Het adres waar de klager de klacht kan indienen (postadres, mailadres, telefoonnummer).</i></li> <li>- <i>De mogelijkheid om een klacht in te dienen over het zorgkantoor zelf, maar ook over de kwaliteit van de geleverde AWBZ-zorg door gecontracteerde zorgaanbieders.</i></li> </ul>	
<b>B. Opzet klachtenbehandeling</b>	0,5
<p>De concessiehouder beschikt over een actuele procedurebeschrijving of werkinstructie voor klachtenbehandeling. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van bij klachtenbehandeling betrokken medewerkers moeten hierin helder zijn beschreven.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt over een actuele procedurebeschrijving of werkinstructie voor klachtenbehandeling.</p>	
<b>C. Uitvoering klachtenbehandeling</b>	8
<p><b>C.1</b> De concessiehouder heeft alle ontvangen klachten schriftelijk bevestigd (artikel 9.6 Awb), tenzij deze binnen drie weken zijn beantwoord. Dit geldt zowel voor schriftelijke als per e-mail ontvangen klachten.</p> <p><b>Norm:</b> Alle ontvangen klachten zijn schriftelijk bevestigd.</p> <p><b>Het schriftelijk bevestigen van alle klachten vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</b></p>	
<p><b>C.2</b> Klachten moeten binnen zes weken zijn afgehandeld of – indien de afhandeling van de klacht is verdaagd – binnen ten hoogste tien weken. Zie artikel 9.11 Awb.</p> <p>Nota bene: Als het een klacht over een derde betreft, bijvoorbeeld de zorgverlener, dan wordt de brief aan de klager waarin de concessiehouder aangeeft dat hij de klacht heeft voorgelegd bij de derde, beschouwd als afhandelingsbrief. Hierbij wordt opgemerkt dat de klager toestemming moet geven voor het doorsturen van klachten aan derden.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft alle klachten binnen zes weken afgehandeld, dan wel bij verdaging binnen 10 weken.</p> <p><b>Het binnen 6 weken afhandelen van alle klachten vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</b></p>	
<p><b>C.3</b> De concessiehouder heeft klagers in de gelegenheid gesteld te worden gehoord. Zie artikel 9.10 Awb.</p> <p><b>Norm:</b> Uit brieven of e-mails aan de klager blijkt dat de concessiehouder de klager in de gelegenheid heeft gesteld te worden gehoord. Van het horen is een verslag gemaakt.</p> <p><b>Het daadwerkelijk in de gelegenheid stellen van klagers om te worden gehoord vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</b></p>	

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>C.4</b> De concessiehouder moet de klager schriftelijk en gemotiveerd in kennis stellen van de bevindingen van het onderzoek naar de klacht, zijn oordeel daarover evenals van de eventuele conclusies die hij daaraan verbindt. Zie artikel 9.12 Awb.</p> <p>Onder cliëntvriendelijkheid wordt verstaan dat de concessiehouder in de reactie aan de klager de beleving van de klager centraal stelt. Onder cliëntvriendelijkheid wordt ook gerekend dat de concessiehouder in de reactie aan de klager op alle elementen en genoemde bedragen van de klacht ingaat. De reactie moet zodanig worden opgesteld dat de klager deze kan begrijpen.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft een schriftelijke reactie op de klacht verzonden. Deze reactie bevat de bevindingen van het onderzoek naar de klacht, een gemotiveerd oordeel en de eventuele conclusies die de concessiehouder daaraan verbindt. Bij de conclusie moet de concessiehouder in ieder geval aangeven of de klacht gegrond of ongegrond is verklaard.</p> <p>b. De concessiehouder gaat in de schriftelijke reactie aan de klager in op alle elementen van de klacht, ook op de door de klager genoemde bedragen.</p> <p>c. De concessiehouder stelt in de schriftelijke reactie de beleving van de klager centraal.</p> <p>d. Uit het klachtendossier blijkt dat de concessiehouder zich heeft ingespannen om, indien van toepassing, het probleem van de klager te helpen oplossen.</p>	
<p><b>C.5</b> Bij de kennisgeving moet de concessiehouder standaard vermelden bij welke ombudsman en binnen welke termijn de klager vervolgens een verzoekschrift kan indienen. Zie artikel 9.12 Awb.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>In de schriftelijke reactie op de klacht heeft de concessiehouder vermeld dat de klager de mogelijkheid heeft om bij de Nationale ombudsman een verzoekschrift in te dienen. Daarbij heeft hij aangegeven binnen welke termijn dit moet gebeuren.</p> <p>Nota bene: Als een klacht uitsluitend betrekking heeft op het functioneren van een zorgaanbieder, dan is verwijzing naar de Nationale ombudsman niet van toepassing. Als het een klacht betreft die niet alleen betrekking heeft op het functioneren van een zorgaanbieder, maar ook op het functioneren van het zorgkantoor, dan is verwijzing naar de Nationale ombudsman wel van toepassing.</p> <p><b>Het informeren van de klager over de mogelijkheid een verzoekschrift in te dienen bij de nationale ombudsman met vermelding van de termijn waarbinnen dit moet gebeuren, vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</b></p>	
<p><b>C.6</b> De concessiehouder heeft klachten over de kwaliteit van de zorg in behandeling genomen. De zorgaanbieder krijgt een afschrift van het klaagschrift. Zie artikel 9.9 Awb.</p> <p>De concessiehouder kan, als de klager hiervoor toestemming heeft gegeven, de klacht doorsturen aan de klachtencommissie van de zorgaanbieder. De concessiehouder moet de afhandeling van de klachten volgen en is (mede)verantwoordelijk voor het informeren van de klager over de afhandeling van de klacht door de zorgaanbieder. De concessiehouder moet actief informeren bij de zorgaanbieder wat de zorgaanbieder met de klacht heeft gedaan en zich op de hoogte stellen of de klager hierover juist is geïnformeerd.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>De concessiehouder neemt klachten over de kwaliteit van geleverde zorg zelf in behandeling. <b>Of</b></p> <p>De concessiehouder stuurt klachten over de kwaliteit van geleverde zorg door aan de zorgaanbieder. De concessiehouder volgt actief de afhandeling van de klachten, dat wil zeggen dat de concessiehouder zelf zonodig contact opneemt met de zorgaanbieder.</p> <p><b>Het actief volgen van de afhandeling van klachten over de geleverde zorg vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</b></p>	



Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>C.7</b> Cliëntvriendelijkheid houdt ook in dat de concessiehouder in ieder geval bij complexe en urgente klachten gedurende het onderzoek contact, bijvoorbeeld per telefoon of door bezoek, heeft gehad met de klager, om het probleem helder te krijgen dan wel de klager duidelijk te maken dat hij de klacht serieus neemt. Complexe klachten zijn klachten waarvoor geen goede behandeling mogelijk is zonder nadere toelichting van de klager. Bij urgente klachten kan worden gedacht aan klachten waarbij een klager niet de zorg krijgt die hij nodig heeft of de klager zonder urgente behandeling in financiële problemen kan komen.</p> <p><b>Norm:</b> Uit klachtendossiers en procedurebeschrijvingen blijkt dat de concessiehouder in ieder geval bij complexe en urgente klachten gedurende het onderzoek contact heeft gehad met de klager.</p>	
<p><b>D. Verbetermanagement klachten</b></p>	1
<p>Concessiehouders kunnen lering trekken uit ontvangen klachten. Door een open opstelling wordt maximaal van deze mogelijkheid geprofiteerd.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. In de managementrapportages wordt informatie verstrekt over klachten. De rapportages zijn betrouwbaar. In de rapportages is informatie opgenomen over: aantal klachten, aard en analyse van de klachten en (verbeter)voorstellen.</p> <p>b. De concessiehouder heeft naar aanleiding van ontvangen klachten (aantoonbaar) concrete verbeteracties uitgevoerd.</p>	
<p><b>Totaal aantal punten</b></p>	10

## 4.6 PI 4: Contracteerproces

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>A. Het verkrijgen van inzicht in de zorgbehoeften van cliënten voor de inkoop van zorg</b></p>	<p>4</p>
<p><b>A.1</b> Invloed cliënten op zorginkoop en contracteerbeleid intra- en extramurale zorg: Concessiehouders moeten via afspraken met zorgaanbieders ervoor zorgen dat het zorgaanbod aansluit op de zorgvraag van de cliënt. Cliënten kunnen als ervaringsdeskundigen aangeven waar de accenten voor vraagsturing moeten liggen. De concessiehouders kunnen (regionale) vertegenwoordigers van cliënten en consumenten consulteren over ontwikkelingen in de vraag en ervaringen met bestaande vormen van hulpverlening. Op basis hiervan kan het inkoopbeleid worden ingevuld bijvoorbeeld rekening houdend met specifieke zorgvragen of cliëntgroepen, kleinschalige woonprojecten en dagbesteding voor intramurale cliënten, gewenste extramuralisering van zorg, beperking van wisselingen van hulpverleners in de thuissituatie, de aanpak van medicatiebewaking, decubitus, valincidenten en depressiviteit in intramurale voorzieningen.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder betreft in zijn inkoopbeleid 2012 bij het contracteren van zorgaanbieders de uitkomsten van overleg, regionale bijeenkomsten of anderszins met regionale zorgbelangorganisaties, cliëntenraden en /of individuele cliënten.</p> <p>b. De concessiehouder heeft aandacht voor de positie van de cliëntenraad in de instelling, en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- betreft waar mogelijk de cliëntenraad in overleg met de zorgaanbieder bijvoorbeeld over kwaliteit, zorgplan, verbeterprojecten;</li> <li>- zet zich waar nodig in om de positie van de cliëntenraad in de zorginstelling te verbeteren.</li> </ul> <p>De concessiehouder maakt aantoonbaar werk van a en b . Dit blijkt onder meer uit het inkoopbeleid en uit verslagen van bijeenkomsten met regionale zorgbelangorganisaties, cliëntenraden, cliënten.</p>	
<p><b>A.2</b> Inzicht op zorgvraag intramuraal: De concessiehouder is medeverantwoordelijk voor de naleving van de afspraken in AZR. Een goed functionerend AZR moet er toe leiden dat de concessiehouder bij het maken van productieafspraken 2012 over ZZP's met de zorgaanbieders actuele informatie heeft over indicatiestelling, zorglevering, wachtlijsten en mogelijke knelpunten.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder moet aan de hand van het berichtenverkeer in AZR:</p> <p>a. Een actueel overzicht hebben van de geldige, lopende intramurale indicaties (en welke hiervan al aan de zorgaanbieders zijn toegewezen).</p> <p>b. Per zorgaanbieder zicht hebben op welke toegewezen intramurale indicaties inmiddels zorg geleverd wordt (intramurale zorg, langdurig extramuraal ZIN, overbruggingszorg). De concessiehouder maakt daarbij gebruik van de uit AZR te genereren overzichten van nieuwe en lopende indicaties die periodiek met de zorgaanbieder worden afgestemd.</p>	
<p><b>B. Elementen die in het contracteer- en inkoopbeleid van de concessiehouder minimaal moeten zijn opgenomen</b></p>	<p>1,5</p>

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p>De NZa hecht waarde aan eenduidigheid van het contracteer- en inkoopbeleid van zorgkantoren. In de brief Z/VU-2860835 aan de zorgkantoren benadrukt VWS de noodzaak tot continuering van de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren in 2012 op een goed niveau. Hier wordt voortgegaan op afspraken, die tussen VWS en ZN voor de voorgaande periode 2009 – 2011 zijn gemaakt. Ook sluit de NZa aan bij de Handreiking zorginkoop 2012 van ZN.</p> <p><b>Norm:</b> Het contracteer- en inkoopbeleid 2012 van de concessiehouder beschrijft tenminste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gewenste veranderingen in aard, omvang, kwaliteit en spreiding van het regionale zorgaanbod, mede op basis van demografische ontwikkelingen, wachtlijstgegevens, en ontwikkelingen in indicaties zorg in natura en PGB. Het zorgkantoor betreft hierbij overheidsmaatregelen, voor zover die bij de formulering van het contracteer- en inkoopbeleid bekend zijn.</li> <li>b. De gunningcriteria die de concessiehouder (naast de geschiktheideisen en algemene voorwaarden) betreffen conform de afspraken in ZN verband in ieder geval de toegankelijkheid, prijs/doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Daarnaast: managementinformatie/administratie organisatie, klantgerichtheid, doelgroepenbeleid en ketens.</li> <li>c. Gevolgen/sancties voor de gecontracteerde zorgaanbieder bij het (gedeeltelijk) niet nakomen van het contract, in ieder geval bij niet tijdige, onvolledige en/of onjuiste aanlevering van noodzakelijke gegevens. De concessiehouder ontwikkelt hiertoe een eenduidig beleid en is transparant over de gevolgen/sancties die hij aan zorgaanbieders oplegt.</li> </ul>	
<p><b>C. Het zorgkantoor sluit overeenkomsten met toegelaten extramurale zorgaanbieders die voldoen aan de algemene geschiktheideisen</b></p>	1,5
<p>De NZa is uit eerdere monitoring bekend dat de concessiehouders de contracteervereisten en algemene gunningcriteria naar nieuwe aanbieders in het algemeen met coulance hanteren. Het betreft criteria waaraan nieuwe extramurale aanbieders per definitie – althans in de betreffende regio – niet (geheel) kunnen voldoen. Bijvoorbeeld implementatie van uitkomsten van raadplegingen van cliënten of medewerkers, ziekteverzuim, AZR- en administratieve criteria en verbeterprojecten in het voorafgaande jaar.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in zijn contracteerbeleid 2012 duidelijk aangegeven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Welke algemene gunningvoorwaarden en geschiktheideisen niet (geheel) gelden of welke afwijkend worden toegepast bij nieuwe extramurale aanbieders.</li> <li>b. Welke voorwaarden en criteria hij bij het afsluiten van de overeenkomst eventueel specifiek stelt aan de nieuwe extramurale aanbieders.</li> </ul>	
<p><b>D. Het zorgkantoor ontwikkelt een transparant, non discriminatoir en toetsbaar contracteer- en inkoopbeleid waarin bestaande en nieuwe aanbieders op gelijke manier worden behandeld.</b></p>	3
<p><b>D.1</b> Concessiehouders moeten zorgaanbieders die vergelijkbare producten aanbieden op een gelijke, objectieve manier behandelen bij het aangaan van een overeenkomst en een productieafpraak.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt over documentatie waarin per zorgaanbieder/offerte is opgenomen de mate waarin deze voldoet aan de contracteervereisten voor het jaar 2012. Bijvoorbeeld een lijst, bestand of andere documentatie waarin per zorgaanbieder is opgenomen de mate waarin deze aanbieder aan de eenduidig geformuleerde inkoopvoorwaarden heeft voldaan, hoe zwaar de concessiehouder dit heeft meegewogen en de conclusie/ranking die de concessiehouder hieraan heeft verbonden.</p>	

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>D.2</b> De concessiehouder moet de procedure voor het contracteerproces en het contracteerbeleid tijdig kenbaar maken aan de intra- en extramurale zorgaanbieders. Het betreft de inkoopdocumenten waarin de diverse stappen van het contracteerproces zijn opgenomen, de daarbij behorende tijdsplanning, en een toelichting op de gehanteerde contracteercriteria. Wil elke toegelaten zorgaanbieder de kans krijgen een offerte in te dienen, moet hij de procedure voor het contracteerproces en het contracteerbeleid op een relatief eenvoudige wijze kunnen raadplegen. Bijvoorbeeld via toezending of op de website. Dit geldt ook als de zorgaanbieder statutair is gevestigd in een andere regio dan de zorgkantoorregio. Dat geldt ook bij eventuele latere aanpassingen of aanvullingen op het contracteerbeleid.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>De concessiehouder heeft de procedure voor het contracteerproces en het contracteerbeleid 2012 conform de Handreiking zorginkoop van ZN uiterlijk 1 juni 2011 bekend gemaakt.</li> <li>De concessiehouder heeft de procedure voor het contracteerproces en het contracteerbeleid 2012 zodanig kenbaar (transparant) gemaakt dat deze toegankelijk is voor alle potentieel geïnteresseerde zorgaanbieders.</li> </ol>	
<p><b>D.3</b> De Regeling CA/NR-100.078 (NZa circulaire van 17 december 2007 (MRYN/ihot/Care/AWBZ/07/38c) streeft naar transparantie in het contracteerproces AWBZ. In verband hiermee moet de concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per budgetronde de intra- en extramurale AWBZ-zorgaanbieders op de hoogte stellen van het totale beslag op de contracteerruimte. Hierdoor kan elke zorgaanbieder vaststellen of er sprake zal zijn van een korting op het voor hem geldende tarief wegens overschrijding van de regionale contracteerruimte.</li> <li>- de zorgaanbieders op de hoogte stellen van het gehanteerde inkoopmodel en de selectieve gunning van extramurale zorg.</li> </ul> <p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>De concessiehouder maakt aan elke gecontracteerde zorgaanbieder voorafgaand aan de indiening van de tariefaanvraag (budgetformulier) 2012 bij de NZa de som bekend van de in de zorgkantoorregio overeengekomen budgetten.</li> <li>De concessiehouder vermeldt voor de zorgaanbieders duidelijk welk model voor het jaar 2012 wordt gehanteerd voor de inkoop van zorg, welke typen extramurale zorg in aanmerking komen voor selectieve gunning en welke extramurale zorg hiervan eventueel is uitgesloten.</li> </ol>	
<p><b>D.4</b> De NZa heeft van zorgaanbieders signalen gekregen dat uit het inkoopbeleid niet altijd duidelijk blijkt wat de concessiehouder onder onderaanneming verstaat. Hierdoor verkeren zorgaanbieders voor het aangaan van een contract in onzekerheid, omdat voor uitbestedende zorgaanbieders soms afwijkende contractvoorwaarden gelden.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>De concessiehouder geeft in zijn inkoopbeleid 2012 een definitie van wat hij verstaat onder onderaanneming.</li> <li>De concessiehouder beschrijft – ter toelichting – de vormen van onderaanneming en welke consequenties hij daaraan mogelijk verbindt.</li> </ol>	
<b>Totaal aantal punten</b>	<b>10</b>

## 4.7 PI 5: Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>A. Het maken van afspraken binnen de financiële contracteerruimte: prijs en kwaliteit</b></p> <p>Concessiehouders moeten zich inspannen om zorg binnen de financiële contracteerruimte te contracteren. Overschrijding van de contracteerruimte bij de productieafspraken leidt in principe tot een evenredige korting op de budgetten van alle zorgaanbieders. Wél kunnen aan zorgkantoren door VWS extra middelen ter beschikking worden gesteld in het kader van de knelpuntregeling. VWS zal hiertoe slechts overgaan als het knelpunt onverkort gerelateerd is aan de invulling van de wettelijke aanspraken van cliënten, goed onderbouwd is en de concessiehouder al het mogelijke heeft gedaan om de wachtlijsten en wachttijden binnen de aanvaardbare grenzen te houden.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder is op 1 november 2011 binnen de reguliere financiële contracteerruimte gebleven met zijn productieafspraken voor het jaar 2012.</p>	2,5
<p><b>B. Het gunnen van een deel van de extramurale V&amp;V productie op basis van relatieve prestaties</b></p> <p>De concessiehouder kan in het contracteerbeleid 2012 de zorgaanbieders uitdagen met elkaar te dingen naar de beschikbare financiële middelen, door een deel van het regiobudget vrij te spelen voor selectieve gunning of voor effecten van cliëntkeuzen. Anderzijds moet volgens artikel 15 AWBZ de continuïteit van zorg gegarandeerd worden als de cliënt eenmaal door een zorgaanbieder in zorg is genomen. Eerdere monitoring door de NZa liet zien dat een productieafpraak van 80% van het budget van het voorafgaande jaar de continuïteit van zorg aan de individuele cliënt niet in gevaar brengt.</p> <p>Verlaging van budgetgarantie en verhoging van het aandeel van de vrije ruimte heeft alleen zin als de cliënten daadwerkelijk voor de 'beste' aanbieders kiezen. Een goede informatievoorziening door de concessiehouder over de kwaliteit van de zorgaanbieder, is hierbij belangrijk. De concessiehouder kan aan de verzekeren ook eigen informatie presenteren over alle gecontracteerde aanbieders. Bijvoorbeeld een globaal overzicht hoe de zorgaanbieders in de selectieve gunning hebben gepresteerd of op andere wijze positief van zich doen spreken (bijvoorbeeld investeren in training en opleiding van personeel, het goed organiseren van oproepbare zorg, personeelsvoorziening in vakantieperiodes).</p> <p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>De concessiehouder maakt voor extramurale V&amp;V zorg initiële productieafspraken 2012 (ronde 1 november 2011) van <math>\leq 80\%</math> van het budget 2011 en hanteert dus tenminste 20% vrije ruimte. Of: De concessiehouder maakt voor extramurale V&amp;V zorg initiële productieafspraken 2012 (ronde 1 november 2011) van <math>\leq 90\%</math> doch <math>&gt; 80\%</math> van het budget 2011 en hanteert dus tenminste 10% vrije ruimte.</li> <li>De concessiehouder informeert verzekeren - die hierom vragen omdat zij nog geen voorkeur hebben uitgesproken - telefonisch over zijn oordeel over de extramurale zorgaanbieder V&amp;V aan de hand van bijvoorbeeld een globale ranking in het gunningproces of andere voor de verzekerde relevante informatie. Beoordeeld wordt de situatie begin 2012. Of:</li> <li>De concessiehouder biedt voor alle verzekeren relevante informatie over zijn aanbieders van voorkeur op de website. Beoordeeld wordt de situatie begin 2012.</li> </ol>	2,5
<p><b>C. Doelmatig inkopen van zorg</b></p>	

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p>Goede zorg betekent ook voldoende zorg. Met een stijgende zorgvraag en een gelijkblijvend budget moet uit iedere beschikbare euro een maximale waarde voor de cliënt worden gehaald. Dit kan ondermeer door de zorg zo efficiënt mogelijk te leveren, met zo min mogelijk verspilling. Dat betekent bijvoorbeeld: administratieve lasten beperken, geen onnodige handelingen doen, geen dubbele werkzaamheden et cetera. De Zorginkoopgids 2012 van ZN biedt hiervoor enige handvatten.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder spant zich in om:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>goed presteren op doelmatigheid te bereiken door aanbieders met een slechtere prijs/kwaliteit verhouding in volume of prijs te straffen en goede resultaten te belonen;</li> <li>investering in procesverbetering hierbij als meetpunt te benoemen;</li> <li>de overhead van de zorgaanbieders te beperken (benchmarkgegevens laten, aldus de Zorginkoopgids 2012, hierin grote verschillen zien).</li> </ol> <p>De NZa zal nagegaan hoe de concessiehouder opvolging van deze punten controleert. <i>Dit toetsingsaspect is inventariserend van aard en telt over 2011 niet mee in de prestatiemeting.</i></p>	
<p><b>D. Doelmatig inkopen van ZZP's</b></p>	2,5
<p>Intramurale zorgaanbieders kunnen niet elke ZZP leveren, omdat ze hiervoor niet zijn toegelaten en/of niet de juiste expertise hebben. De concessiehouder moet erop toezien dat de zorgaanbieder geen ZZP's leveren waarvoor hij niet is toegelaten of de juiste expertise ontbeert. Op de ZZP's kan een tariefkorting van maximaal 2% worden toegepast. De concessiehouder kan dit inzetten voor doelmatigheidsafspraken. Beoordeeld wordt het inkoopbeleid 2012.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>De concessiehouder voert aantoonbaar kwaliteitsoverleg met zorgaanbieders over de inhoud van de ZZP's. Hij besteedt hierin ondermeer aandacht aan de zorgaanbieders die naar zijn eigen vooraf duidelijk gestelde normen veel instellingvreemde ZZP's leveren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- zorgaanbieders met veel <u>sectorvreemde</u> ZZP's;</li> <li>- zorgaanbieders toegelaten voor verblijf niet voor behandeling, met veel zware <u>sectoreigen</u> ZZP's.</li> </ul> </li> <li>Indien de zorgaanbieder naar de mening van de concessiehouder een geïndiceerd ZZP kwalitatief onvoldoende kan leveren, maar de cliënt desondanks gemotiveerd voor de betreffende zorgaanbieder kiest, bevordert de concessiehouder dat de zorgaanbieder: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de zorg op de best passende 'instellingseigen' wijze invult;</li> <li>- het instellingseigen ZZP declareert dat in prijs vergelijkbaar of lager ligt dan en inhoudelijk het meest overeenkomt met het geïndiceerde ZZP.</li> </ul> </li> <li>Op de ZZP's kan een tariefkorting binnen een bepaalde bandbreedte worden toegepast. De concessiehouder zet dit in als onderhandelingsruimte met de zorgaanbieder voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>- kwaliteitsverbetering;</li> <li>- indien de begrenzing van het regiobudget dat nodig maakt, effectieve doelmatigheidsafspraken op de prijs.</li> </ul> </li> </ol>	
<p><b>E. Het bewaken van de zorgvraag of – behoefte</b></p>	2,5
<p>Concessiehouders moeten de benodigde zorg (qua volume en aard) in hun werkgebied in kaart brengen. Uit het verloop van de knelpuntenprocedures bij de NZa bleek onder meer dat het ramen van de zorgbehoefte door de concessiehouders kan verbeteren, gegeven de beperkte financiële middelen.</p> <p>De concessiehouder moet een actueel beeld hebben van het reeds gerealiseerde deel van het gecontracteerde zorgaanbod. Ook moet hij een beeld hebben van de nog te verwachten productie, en van de zorgaanbieder verlangen deze realistisch in te schatten. Hierdoor kunnen de productieafspraken in de tweede contracteeronde zo realistisch mogelijk worden gemaakt. Dit biedt optimale mogelijkheden voor herschikking tussen zorgaanbieders binnen de eigen regio maar ook voor overhevelingen naar andere zorgkantoorregio's.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder verbindt in het inkoopbeleid 2012 consequenties aan een forse onderbesteding van de productieafspraken 2010 (novemberronde 2010) door de instelling. De concessiehouder geeft in zijn inkoopbeleid de grenzen aan van een acceptabele onderbesteding (bijvoorbeeld ten hoogste 3% van de laatste productieafpraak 2010 in geld, een maximumbedrag of anderszins).</p>	
<p><b>Totaal aantal punten</b></p>	<b>10</b>

## 4.8 PI 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>A. Het vormgeven van de ketenzorg Dementie</b></p> <p>De Leidraad Ketenzorg Dementie van het Ministerie van VWS, ZN en Stichting Alzheimer Nederland benoemt een aantal aandachtspunten die relevant zijn voor de zorginkoop 2012. De Zorginkoopgids 2012 van ZN werkt dit verder uit. De zorgkantoren beogen met de hieruit voortvloeiende afspraken in de regio toe te werken naar een samenhangende en vraaggerichte dementiezorg.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder geeft de voorkeur aan samenwerkende zorginstellingen die integrale dementiezorg bieden van goede kwaliteit. De zorginkoop verschuift hiermee van afzonderlijke zorgproducten naar samenhangende clusters van zorgproducten (ketenzorg als programma). De concessiehouder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>stimuleert in diens werkgebied de totstandkoming of het behoud van meerdere (leidraad: tenminste twee) ketennetwerken in een zelfde (sub)regio. Dit blijkt uit de aanwezigheid van ketenovereenkomsten en een onderliggend actieplan van de ketenpartners: ondermeer afspraken over verwijzingen, inzet case manager, sturing op ketenkwaliteit.</li> <li>stimuleert bij de vormgeving van ketenzorgprojecten ondermeer: <ul style="list-style-type: none"> <li>- structurele input van regionale cliëntenorganisaties (bijvoorbeeld een afdeling van Alzheimer Nederland, zorgaanbieders), gemeenten en zorgverzekeraars;</li> <li>- afspraken met de eerstelijnszorg over signalering en vroegdiagnostiek;</li> <li>- totstandkoming van zorgleefplannen en zorgpakketten specifiek voor dementie cliënten;</li> <li>- deelname van ketenzorgcliënten aan de Cliëntenmonitor Ketenzorg Dementie.</li> </ul> </li> <li>spant zich aantoonbaar in om de ketenzorgproductie passend te vergoeden binnen de mogelijkheden die de regelgeving biedt. Dit blijkt uit de aanwezigheid van specifieke afspraken en overeenkomsten over de vergoeding van de ketenzorgproductie en het casemanagement.</li> </ol>	1,5
<p><b>B. Het stimuleren van ketenzorg</b></p> <p>Concessiehouders oriënteren zich in toenemende mate op doelgroepen/cliëntengroepen over de traditionele scheidslijnen van sector en intramuraal – extramuraal heen. In de ZN inkoopgids AWBZ 2012 wordt het innovatiebegrip in de zorg en het begrip zorgketen verder vormgegeven.</p> <p>Concessiehouders kunnen zorg dragen voor een goede samenhang van de AWBZ-zorg met zorg in het kader van de Zvw, ondersteuning vanuit de Wmo en zonedig ook met reguliere voorzieningen buiten het zorgveld, hetgeen de dienstverlening aan de verzekerde ten goede komt.</p> <p>De concessiehouder brengt aan de hand van een marktanalyse voor 2012 de relevante doelgroepen in kaart die bijzondere aandacht behoeven:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>gehandicapten: inkoop van zorg voor LVG-jeugdigen waarbij de doorstroom naar vervolgzorg, bijvoorbeeld de reguliere VG instellingen, wordt bevorderd; integrale aanpak autismezorg;</li> <li>ketenzorg in samenwerking met gemeenten: maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, het realiseren van zorginfrastructuur in het kader van de beleidsregel zorginfrastructuur;</li> <li>overige doelgroepen: COPD, hartfalen, CVA, palliatief terminale zorg en overige.</li> </ol> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder stimuleert in zijn contracteerbeleid 2012 aantoonbaar ketenzorg in alle drie genoemde aandachtsgebieden. Dit blijkt uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aanwezigheid van ketenovereenkomsten en een onderliggend actieplan van de ketenpartners.</li> <li>- overeenkomsten met de betreffende AWBZ-zorgaanbieders waarin ook de beloning is vastgelegd: gerichte innovaties met extra middelen, een opslag op het tarief, of door inspirerende voorbeelden breder beschikbaar te maken.</li> </ul>	1,5
<p><b>C. Geschiktheideisen en algemene gunningvoorwaarden: verbetertrajecten</b></p>	1,5

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p>Concessiehouders moeten de extramurale zorgaanbieders prikkelen tot een betere kwaliteit van zorg door het stimuleren van verbetertrajecten. Deze verbetertrajecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- passen in de verbetercyclus die hoort bij het kwaliteitskader van de betreffende sector;</li> <li>- komen voort uit de zelfrapportage van de zorgaanbieder over de indicatoren van het betreffende kwaliteitskader, de tweejaarlijkse cliëntenraadpleging en de bevindingen van de IGZ;</li> <li>- worden door de zorgaanbieder afgestemd met de cliëntenraad.</li> </ul> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft in zijn contracteervereisten of gunningvoorwaarden 2012 opgenomen dat de zorgaanbieder op basis van een cliëntenraadpleging of zelfrapportage over de kwaliteit van de zorgorganisatie conform het sectorale kwaliteitskader tot verbetertrajecten komt, in samenspraak met de cliëntenraad van de zorgaanbieder.</p> <p>b. De concessiehouder heeft met elke zorgaanbieder afspraken gemaakt over de voortgang van de trajecten, toetst of genoemde afspraken worden nagekomen en onderneemt indien nodig actie. Dit blijkt bijvoorbeeld uit verslagen en voortgangsrapportages per zorgaanbieder.</p>	
<p><b>D. Geschiktheideisen en algemene gunningvoorwaarden: kwaliteitsborging</b></p>	<p>4</p>



Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p>Conform de Handreiking zorginkoop 2012 en de Zorginkoopgids 2012 van ZN bevordert de concessiehouder de kwaliteit van AWBZ-zorg in 2011 en 2012 bij alle gecontracteerde zorgaanbieders via een integrale aanpak. De concessiehouder:</p> <p>a. bevordert bij de zorgaanbieder een kwaliteitssysteem, waarin het landelijke Kwaliteitskader is geïntegreerd dat afhankelijk van de AWBZ-sector V&amp;V (ingevoerd), GHZ (experimenteel) en GGZ (voorbereiding) in een verschillend stadium van ontwikkeling verkeert. Het landelijk Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg bevat per sector in principe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een reeks sectorspecifieke indicatoren voor jaarlijkse zelfrapportage door de zorgaanbieder en dito input voor de IGZ, hieruit voortkomende bevindingen en vervolgacties;</li> <li>- een periodieke cliëntenraadpleging vanwege de zorgaanbieder, uitgevoerd door een externe onafhankelijke organisatie, hieruit voortkomende bevindingen en vervolgacties.</li> </ul> <p>b. stimuleert dat de zorgaanbieder een kwaliteitssysteem toepast, dat landelijk en/of internationaal erkend is en gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing, bijvoorbeeld HKZ.</p> <p>c. monitort de kwaliteit van gecontracteerde AWBZ-zorg ook via de rapportages van IGZ-inspecties en onderneemt, afhankelijk van de bevindingen in de IGZ-rapportages, vervolgacties.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder stelt in zijn contracteercriteria 2012 de eis dat de zorgaanbieder werkt met het geldende landelijke Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg voor zijn sector, waarin naast zelfrapportage bij indicatoren ook een – periodiek – cliëntwaarderingsonderzoek is opgenomen.</p> <p>b. De concessiehouder stimuleert meldingen van IGZ bezoeken door de zorgaanbieder, ziet de IGZ rapportages systematisch in en onderneemt hierop zo nodig actie in afstemming met de IGZ.</p> <p>c. De concessiehouder heeft per sector een goed algemeen beeld van kwaliteit en heeft per sector een overzicht beschikbaar van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de uitkomst naar de stand van 1 mei 2011 of later van de jaarlijkse zelfrapportage per zorgaanbieder op de sectorspecifieke indicatoren V&amp;V over 2009 of recenter, van de GHZ over 2010. Ook dient uit dit overzicht te blijken welke V&amp;V- en GHZ zorgaanbieders hierover geen gegevens hebben aangeleverd;</li> <li>- de uitkomst naar de stand van 1 mei 2011 of later van de periodieke cliëntenraadpleging per zorgaanbieder tenminste van de V&amp;V over 2009 of recenter, ook dient uit dit overzicht te blijken welke V&amp;V-zorgaanbieders hierover geen gegevens hebben aangeleverd;</li> <li>- de uitkomsten van IGZ-inspecties in één oordeel over veiligheid/risico's dan wel aanduiding 'nvt';</li> <li>- de aanduiding per zorgaanbieder of deze een landelijk en/of internationaal kwaliteitssysteem heeft, hiernaar op weg is of niet heeft.</li> </ul> <p>d. Verbindt consequenties aan de score op de kwaliteitskaart van V&amp;V zorgaanbieders. <i>De kwaliteitsmeting van zorgverlening in de V&amp;V-sector staat momenteel ter discussie, het onderdeel cliënttevredenheid overigens niet. Bij het beoordelen van dit onderdeel over 2011 zal dit worden meegenomen.</i></p> <p>e. Stimuleert de GHZ zorgaanbieders tot aanlevering van de uitkomsten van de CE-index / cliëntentevredenheid (bijvoorbeeld aantonen van contract met meetbureau m.b.t. 2011) en verbindt aan deze aanlevering positieve consequenties.</p>	
<b>E. Zorgplan</b>	1,5

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p>Uit het besluit Zorgplanbespreking van 26 maart 2009 vloeit voort dat de zorgaanbieder voor alle zittende cliënten een zorgplan heeft opgesteld en met de cliënt besproken heeft. Voor nieuwe cliënten moet hij dat binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening doen.</p> <p>Concessiehouders kunnen in hun contracteerbeleid of overeenkomst 2012 zorgaanbieders stimuleren tot een persoonlijke invulling van de geïndiceerde zorg, hetgeen zijn beslag krijgt in het zorgplan dat in samenspraak met de cliënt en/of diens familie persoonlijk wordt opgesteld. De concessiehouder laat bij de intramurale zorg hierbij ruimte voor vernieuwing bij de invulling van het zorgzwaartepakket, waarbij desgewenst substitutie tussen onderdelen mogelijk is.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. vereist in de overeenkomst 2012 met de zorgaanbieder de aanwezigheid van een getekend zorgplan voor elke cliënt;</li> <li>b. bespreekt waar mogelijk de werkwijze en algemene gang van zaken rond de invulling van zorgplannen met de zorgaanbieder en de cliëntenraad.</li> </ul>	
<b>Totaal aantal punten</b>	<b>10</b>

#### 4.9 PI 7: Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>A. Declaratieafspraken opnemen in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgkantoor</b></p> <p>Concessiehouders moeten de afspraken over de bevoorschotting en declaratie van geleverde zorg per maand of per vier weken vastleggen in de overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft in de overeenkomst voor 2012 opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- afspraken over de declaratie van geleverde zorg per maand of per vier weken in overeenstemming met de vigerende Regeling Declaratie AWBZ-zorg;</li> <li>- afspraken over de bevoorschotting en eventuele aanpassing hiervan.</li> </ul> <p>b. De concessiehouder heeft in de overeenkomst voor 2012 opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- afspraken over de declaratie op cliëntniveau van alle geleverde intra- en extramurale zorg en het gebruik van het BSN en UZOVI nummer conform het uniforme Declaratieprotocol AWBZ;</li> <li>- criteria van tijdigheid, volledigheid en juistheid van de declaratie, de monitoring hiervan en maatregelen bij het niet voldoen hieraan, bijvoorbeeld aanpassing van de bevoorschotting.</li> </ul>	0,5
<p><b>B. Realisatie declaratieafspraken intramurale en extramurale prestaties</b></p>	5,5

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p>De Regeling Declaratie AWBZ-zorg (CA/NR-300.001 en CA/NR-300.006) bepaalt de wijze van declaratie van intramurale en extramurale prestaties vanaf 1 januari 2011 resp. 1 juli 2011.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. De concessiehouder volgt in 2011 per zorgaanbieder de declaratie van geleverde extramurale en intramurale productie (maandelijks of per vier weken conform de overeenkomst met de zorgaanbieder) en signaleert daarbij ook niet tijdige indiening. Onder tijdige indiening wordt verstaan indiening binnen een maand resp. vier weken na het verrekentijdvak. De concessiehouder                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- stelt eenduidige criteria voor de tijdige indiening van de declaratie van extramurale en intramurale productie, bijvoorbeeld een minimum % van de gecumuleerde productieafpraak.</li> <li>- sanctioneert de zorgaanbieder die de declaratie niet tijdig indient.</li> </ul> </li> <li>b. De declaratie van geleverde extramurale productie vindt tot 1 juli 2011 plaats op prestatieniveau conform de Regeling Declaratie AWBZ-zorg. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het totaal aantal eenheden dat per prestatie door de zorgaanbieder is geleverd. De concessiehouder volgt per zorgaanbieder de juistheid van de declaratie, stelt hiertoe eenduidige criteria en onderneemt zo nodig aantoonbaar verbeteracties naar de zorgaanbieder.</li> <li>c. De concessiehouder begeleidt in 2011 de overgang van de declaratie van extramurale productie van prestatieniveau naar cliëntniveau. De concessiehouder:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- onderneemt in de eerste helft van 2011 aantoonbaar actie om het declaratiegedrag te verbeteren bijvoorbeeld organisatie voorlichtingsbijeenkomsten, telefonische helpdesk, manen van zorgaanbieders, bespreken in periodiek overleg.</li> <li>- volgt vanaf 1 juli 2011 per zorgaanbieder de juistheid van de declaratie, stelt hiertoe eenduidige criteria en onderneemt zo nodig aantoonbaar verbeteracties naar de zorgaanbieder.</li> </ul> </li> <li>d. De declaratie van geleverde intramurale productie vindt in 2011 plaats op cliëntniveau conform de Regeling Declaratie AWBZ-zorg. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het per cliënt geleverde aantal eenheden per prestatie en het daarbij gehanteerde tarief. Ook moet de declaratie het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode vermelden. De concessiehouder volgt per zorgaanbieder de juistheid van de declaratie, stelt hiertoe eenduidige criteria en onderneemt zo nodig aantoonbaar verbeteracties naar de zorgaanbieder.</li> <li>e. De concessiehouder legt in 2011 de declaratie van geleverde productie op cliëntniveau vast in zijn administratieve systemen. Hij voert formele controles uit conform de afspraken die hierover landelijk gemaakt zijn (Vektis, niveau 6 en 7 op het AW319 declaratiebericht op contract, zorgtoewijzing en de basiscontroles, waaronder controle op BSN).</li> <li>f. De voortgang van de declaratie op cliëntniveau wordt maandelijks of tweemaandelijks door het management van de concessiehouder besproken. Het management onderneemt acties als tijdige, en / of juiste indiening van declaraties achter blijft.</li> </ul> <p><b>De acties van de concessiehouder om tijdige en juiste indiening van de declaraties intramurale productie door zorgaanbieders op cliëntniveau te realiseren vormen een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</b></p>	
<p><b>C. Bekostiging productie 2011</b></p>	<p>1</p>
<p><b>C.1</b> Concessiehouders moeten in 2011 de bevoorschotting periodiek aanpassen aan de door de concessiehouder goedgekeurde gedeclareerde productie.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. De concessiehouder paste in 2011 maandelijks de bevoorschotting aan de gedeclareerde productie per zorgaanbieder aan.</li> <li>of</li> <li>b. De concessiehouder analyseerde in 2011 maandelijks de verschillen tussen de productieafpraak en de door de concessiehouder goedgekeurde gedeclareerde productie per zorgaanbieder. Bij verschillen die vielen buiten de door de concessiehouder gehanteerde bandbreedte – maximaal 5% van de aanvaardbare kosten al dan niet met inachtneming van een minimumbedrag – past de concessiehouder de bevoorschotting aan. Aanpassingsmoment van de bevoorschotting is minimaal één keer per kwartaal.</li> </ul>	

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p>C.2 Om te hoge bevoorschotting van nieuwe aanbieders te voorkomen, moet de concessiehouder in 2011 nieuwe aanbieders uitbetalen op basis van de gerealiseerde en gedeclareerde productie.</p> <p><b>Norm:</b> Alle in 2011 nieuw toegelaten extramurale zorgaanbieders worden uitbetaald op basis van de gedeclareerde productie.</p>	
<p><b>D. Afrekenen met zorgaanbieders</b></p>	2
<p>De concessiehouder moet tijdig, dat wil zeggen voor 1 juni 2011 de nacalculatieformulieren over 2010 bij de NZa hebben ingediend. In de bestuurlijke verantwoording moet de concessiehouder een tabel opnemen 'Stand van zaken nacalculatieformulieren per 1 juni 2011', zie Handleiding Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2011. De gegevens in deze tabel moeten per jaarlaag worden gespecificeerd.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder bevordert dat de door hem gecontracteerde zorgaanbieders hun nacalculatieformulieren over 2010, mede ondertekend door het zorgkantoor, voor 1 juni 2011 hebben ingediend bij de NZa. Hij kan aantonen dat hij voldoende actie heeft ondernomen richting zorgaanbieders om tijdige indiening te bewerkstellingen (bepaling in overeenkomst, manen van zorgaanbieders, bespreken in periodiek overleg, aanpassing van de bevoorschotting, korting op het budget).</p> <p><i>Als de gecontracteerde zorgaanbieders de nacalculatieformulieren voor 1 juni 2011 hebben ingediend bij de NZa krijgt de concessiehouder voor dit toetsingsaspect de volledige score.</i></p>	
<p><b>E. Informatieverstrekking in de keten</b></p>	1
<p>De concessiehouder moet in 2011 tijdig informatie verstrekken aan het CAK over wijzigingen in intramurale zorg per cliënt (via de MAZ, MUT en MEZ berichten in AZR) in verband met de vaststelling van de eigen bijdragen.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft wijzigingsberichten van intramurale zorg per cliënt conform de afspraken in AZR binnen één werkdag na ontvangst van een MAZ (AW35) resp. MUT bericht (AW39) van de zorgaanbieder doorgegeven aan het CAK.</p>	
<p><b>Totaal aantal punten</b></p>	10

## 4.10 PI 8: Administratie op verzekerdeniveau: PGB

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<b>A. Vaststelling en toekenning voorlopige budgetten</b>	2
<p><b>A.1</b> Bij de aanvraag van een PGB verricht de concessiehouder een aantal controles. Deze controles zijn erop gericht om correcties bij de globale en intensieve controle zoveel mogelijk te voorkomen (zie controleprotocol PGB-AWBZ 2011).</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft bij iedere aanvraag van een PGB 2011 vastgesteld:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dat de NAW-gegevens overeenstemmen met het GBA. Noot: zorgkantoren hebben begin 2011 nog geen toegang tot de GBA. Het CVZ zal hierover in overleg treden met het BPR. Zolang zorgkantoren formeel nog geen toegang hebben tot de GBA, zal dit punt inventariserend worden getoetst (dus geen punttoekenning).</li> <li>2. Of er sprake is van meerdere PGB's op één adres.</li> <li>3. Of er sprake is van een overgang van zorg in natura naar PGB.</li> <li>4. Of er sprake is van een budgethouder die afkomstig is van een ander zorgkantoor.</li> <li>5. Of er sprake is van een herintredende budgethouder.</li> </ol> <p>b. Als de vaststelling onder a tot bevindingen heeft geleid, heeft de concessiehouder vervolgacties ondernomen. Deze vervolgacties bestaan uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Punt 1 leidt tot navraag bij de budgethouder.</li> <li>– Punt 2 noopt de concessiehouder tot een extra controle op de persoonsgegevens om een dubbele verstrekking te voorkomen.</li> <li>– Punt 3 t/m 5 kunnen een signaal vormen voor misbruik en oneigenlijk gebruik. De concessiehouder weegt af of en zo ja, welke vervolgacties noodzakelijk zijn.</li> </ul>	
<p><b>A.2</b> De concessiehouder moet de juistheid van de vaststelling van het bruto persoonsgebonden budget intern in voldoende mate waarborgen om PGB-houders juiste informatie te verstrekken. Een concessiehouder moet in het proces van het vaststellen van de budgetten voldoende, handmatige of geprogrammeerde, controlemaatregelen inbouwen om de juiste vaststelling van PGB-bedragen te waarborgen (conform artikel 2.6.6 van de Regeling subsidies AWBZ).</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>De concessiehouder heeft in 2011 de juistheid van de vaststelling van het bruto persoonsgebonden budget goed gewaarborgd.</p>	
<p><b>A.3</b> De concessiehouder verleent een verzekerde een netto persoonsgebonden budget, dat wil zeggen dat de concessiehouder een eigen bijdrage in mindering moet brengen op het bruto persoonsgebonden budget als de verzekerde 18 jaar of ouder is. De eigen bijdrage is verschuldigd voor persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding.</p> <p>De eigen bijdrage wordt vastgesteld door de concessiehouder. Bij samenloop van ZIN, Wmo en PGB moet het zorgkantoor de eigen bijdrage PGB achteraf corrigeren op basis van 3-maandelijke overzichten van het CAK (anticumulatiebeding).</p> <p>Voordat de inkomensgegevens bij het CAK bekend zijn, berekent de concessiehouder een voorlopige eigen bijdrage op basis van inkomensgegevens die de budgethouder verstrekt (over jaar t-2). Als de concessiehouder niet over inkomensgegevens van de budgethouder beschikt, berekent hij de voorlopige eigen bijdrage op 33% van het bruto persoonsgebonden budget voor persoonlijke verzorging, 20% van het bruto persoonsgebonden budget voor verpleging en 27% van het bruto persoonsgebonden budget voor begeleiding. Voor 18- en 19-jarigen moet de concessiehouder de minimum eigen bijdrage in rekening brengen. Op de berekende eigen bijdrage wordt een korting van 33% toegepast. Zie artikel 2.6.7 Regeling subsidies AWBZ.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>De concessiehouder heeft in 2011 de juistheid van de vaststelling van de eigen bijdrage in de applicatie goed gewaarborgd. Hij bewaakt de blijvend juiste werking van berekening.</p>	
<b>B. Adequate cliëntvolgende bedrijfsadministratie voor het PGB</b>	1

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>B.</b> De aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 vereist in artikel 4 sub d dat de zorgkantoren beschikken over een adequate cliëntvolgende bedrijfsadministratie voor het PGB. Deze administratie moet zijn afgestemd op de op grond van artikel 44 van de AWBZ vastgestelde regels voor het PGB. Deze regels voor het PGB zijn vastgelegd in de paragraaf 2.6 van de Regeling subsidies AWBZ. Ook het Controleprotocol PGB-AWBZ stelt eisen aan de administratie.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt in 2011 over een adequate cliëntvolgende bedrijfsadministratie voor het PGB. Dit houdt in dat voor elke budgethouder op overzichtelijke wijze in het geautomatiseerde systeem vastligt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het indicatiebesluit;</li> <li>- de voorlopige budgettoekenning (beschikking) met het bruto toegekende PGB en de ingehouden eigen bijdrage;</li> <li>- de ontvangen verantwoordingsformulieren en eventuele onderliggende facturen en dergelijke;</li> <li>- de definitieve budgettoekenning;</li> <li>- de uitbetalingen en terugvorderingen van voorlopige en definitieve PGB-bedragen.</li> </ul> <p>De NZa onderzoekt inventariserend of de concessiehouder in 2011 ook de volgende gegevens in het geautomatiseerde systeem heeft vastgelegd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het burgerservicenummer of het nummer Kamer van Koophandel (KvK) van de zorgverlener;</li> <li>- het nummer van de KvK van een bemiddelingsbureau dat diensten verleent voor de budgethouder.</li> </ul>	
<p><b>C. Controle door concessiehouder van verantwoordingsformulier van budgethouder</b></p>	5,5
<p><b>C.1</b> Risicoanalyse en controleplan: Het doel van risicoanalyse is om vooraf een zo gericht mogelijk onderzoek te doen naar de toegekende PGB waarbij is ingeschat dat een hoger dan gemiddeld risico bestaat op het onjuist en/of onrechtmatig voeren van een PGB-administratie door de budgethouder. De risicoanalyse mondt uit in een controleplan voor 2011.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. De concessiehouder heeft een risicoanalyse voor het PGB opgesteld die gericht is op het selecteren van verantwoordingsformulieren met onjuiste en onrechtmatige uitgaven.</li> <li>b. De concessiehouder beschikt over een controleplan voor het PGB waarin in ieder geval het volgende vastligt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- De uit te voeren bestandsanalyse.</li> <li>- De risicoanalyse voor de uitvoering van de intensieve controles.</li> <li>- Het aantal intensief te onderzoeken verantwoordingsformulieren op basis van de risicoanalyse.</li> <li>- Het aantal a-select te selecteren posten voor de intensieve controle.</li> <li>- De onderbouwing dat de controle qua aard, omvang en diepgang toereikend is.</li> </ul> </li> </ol>	

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>C.2</b> De concessiehouder moet globale controle uitvoeren op alle ingediende verantwoordingsformulieren. In artikel 2.6.9 lid 9 van de Regeling subsidies AWBZ is opgenomen dat de budgethouder binnen zes weken na afloop van de voorschotperiode een verantwoording moet indienen. Indien de concessiehouder van mening is dat een voorschot is gebruikt voor niet-rechtmatige betalingen deelt de concessiehouder de budgethouder dit binnen zes weken na ontvangst van de verantwoordingsformulieren mee. Zie artikel 2.6.10 lid 3 van de Regeling subsidies AWBZ.</p> <p>De concessiehouder moet bij de globale controle de volgende punten toetsen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het verantwoordingsformulier heeft betrekking op de subsidieperiode conform het indicatiebesluit.</li> <li>2. Het verantwoordingsformulier is volledig ingevuld.</li> <li>3. Het verantwoordingsformulier is rekenkundig juist.</li> <li>4. Het verantwoordingsformulier is ondertekend.</li> <li>5. Het BSN, BTW of inschrijvingsnummer KvK is ingevuld.</li> <li>6. De omschrijving van de zorg of de naam van de zorgverlener is plausibel.</li> <li>7. Bij declaratie van vervoerskosten heeft de budgethouder hiervoor een toekenningsbeschikking.</li> <li>8. Als huishoudelijke hulp is gedeclareerd: de budgethouder is na 1 januari 2009 geïndiceerd voor langdurig verblijf.</li> <li>9. De bemiddelingskosten overschrijden niet de in artikel 2.6.13 opgenomen maximumtarieven.</li> <li>10. Het verantwoordingsformulier is tijdig ingediend.</li> </ol> <p>De concessiehouder moet tot vervolgacties overgaan als de globale controle tot bevindingen leidt. Het gaat om de volgende vervolgacties:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Punt 1 t/m 4 leidt tot navraag bij de budgethouder.</li> <li>- Punt 5 en 6 zijn signalen en moeten als zodanig worden beoordeeld. Eventueel kunnen deze punten leiden tot het selecteren van de verantwoordingsformulieren voor intensieve controle.</li> <li>- Punt 7 en 8 leidt tot een verzoek om correctie bij de budgethouder.</li> <li>- Punt 9 leidt tot een mededeling aan de budgethouder dat de concessiehouder de kosten slechts accepteert tot maximaal het maximumtarief.</li> <li>- Punt 10 kan leiden tot stopzetting van het PGB.</li> </ul> <p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. De concessiehouder heeft bij de globale controle van de verantwoordingsformulieren 2011 alle bovenstaande punten getoetst.</li> <li>b. De concessiehouder heeft bovenstaande vervolgacties ondernomen als de globale controle tot bevindingen leidde.</li> </ol>	
<p><b>C.3</b> De bestandsanalyse is een periodieke controle op de populatie budgethouders aan wie op een bepaald moment een PGB is toegekend. Bestandsanalyses worden voor de totale populatie uitgevoerd. Bij de bestandsanalyse moet tenminste worden vastgesteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dat de NAW-gegevens van de budgethouder overeenstemmen met de GBA Noot: Overigens hebben zorgkantoren nu nog geen toegang tot de GBA. Het CVZ is hierover in overleg met het BPR. Zolang zorgkantoren formeel nog geen toegang hebben tot de GBA, zal dit punt inventariserend worden getoetst (dus geen puntentoekening).</li> <li>- Of een opname- of ontslagmelding voor verblijf is ontvangen van zorgaanbieders.</li> </ul> <p><b>Norm:</b></p> <p>De concessiehouder heeft in 2011 bestandsanalyses uitgevoerd op de totale populatie PGB-houders. Als de bestandsanalyse tot bevindingen leidde heeft hij vervolgacties ondernomen.</p>	



Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>C.4</b> De concessiehouder moet intensieve controle uitvoeren op een deel van de verantwoordingsformulieren van budgethouders. Zie ook artikel 2.6.14 Regeling subsidies AWBZ.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft de in de intensieve controle over 2011 te betrekken budgethouders geselecteerd op basis van risicoanalyse, aangevuld met een a-selecte deelwaarneming. Het totaal aantal geselecteerde budgethouders voor 2011 bedraagt tenminste 5% van de budgethouders die in 2011 een PGB ontvangen. Het a-selecte deel van de deelwaarneming bedraagt tenminste 2% van de budgethouders.</p> <p>b. De concessiehouder heeft bij de intensieve controles de volgende punten gecontroleerd:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Er sprake is van getekende zorgovereenkomsten.</li> <li>2. De verantwoording in overeenstemming met de onderliggende declaraties, facturen, loonstroken en overeenkomsten is opgesteld.</li> <li>3. De opgenomen bedragen optellen tot het totaal gedeclareerde bedrag.</li> <li>4. Er sprake is van zorglevering binnen het AWBZ-domein.</li> <li>5. Er is geen sprake van overschrijding van de maximumtarieven.</li> <li>6. Er is geen sprake van surseance, faillissement of schuldsanering (WSNP)</li> </ol> <p>c. Als de controles onder b tot bevindingen leidden, heeft de concessiehouder vervolgacties ondernomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Punt 1 t/m 3 leidt tot navraag bij de budgethouder en waarnodig, indiening van een nieuw verantwoordingsformulier</li> <li>- Punt 4 leidt tot terugvordering van onrechtmatige bestedingen.</li> <li>- Punt 5 leidt tot een mededeling aan de budgethouder dat de concessiehouder de kosten slechts accepteert tot maximaal het maximumtarief.</li> <li>- Punt 6 kan leiden tot stopzetting van het PGB.</li> </ul> <p>d. Als de onrechtmatigheden betrekking hadden op mogelijk misbruik of oneigenlijk gebruik is de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld.</p> <p>e. Als de intensieve controle leidt tot bevindingen die nader onderzoek vergen naar de vraag of de zorg daadwerkelijk is geleverd, heeft de concessiehouder materiële controles uitgevoerd.</p> <p><i>Bij een materiële controle wordt vastgesteld of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd. De materiële controle vindt bij de budgethouder plaats (en niet bij de zorgaanbieder). De materiële controle kan plaatsvinden doordat een zorginhoudelijk PGB-medewerker een gesprek heeft met de budgethouder onder meer over de aard van de geleverde zorg. Dit kan telefonisch, door een huisbezoek of door de budgethouder op het kantoor van de concessiehouder uit te nodigen.</i></p> <p>f. De concessiehouder heeft voor 1 juli 2012 de intensieve controles uitgevoerd en afgerond op de verantwoordingsformulieren en de onderliggende stukken.</p> <p>g. De concessiehouder heeft de bevindingen uit de (intensieve) controle vastgelegd in een foutenevaluatie. Hij bepaalt op basis van de foutenevaluatie of uitbreiding van de controles is vereist.</p> <p>Van belang is onderscheid te maken tussen de foutevaluatie van het selecte deel en het a-selecte deel van de onderzochte verantwoordingsformulieren van budgethouders. In het selecte deel worden meer fouten verwacht. Het a-selecte deel van de steekproef kan wel worden geëxtrapoleerd naar de massa.</p>	
<p><b>D. Tijdige indiening afrekening bij het CVZ</b></p>	0,5
<p>De afrekening van de jaarsubsidie moet tijdig worden ingediend bij het CVZ. In de praktijk blijkt dat veel concessiehouders hiermee te laat zijn. De tijdige indiening bij het CVZ stelt het Ministerie van VWS in staat een goede begroting op te stellen voor het komende jaar en overzicht te krijgen van de onderuitputting van de voor het PGB beschikbare bedrag. Zie artikel 1.9.1 lid 1 Regeling subsidies AWBZ.</p> <p>De score per concessiehouder is het gemiddelde van de scores van de zorgkantoren die behoren bij de concessiehouder.</p> <p><b>Norm:</b> De zorgkantoren hebben de aanvraag tot vaststelling van de subsidie 2011 inclusief de accountantsverklaring tijdig, dat wil zeggen voor 1 juli 2012, aan CVZ aangeleverd.</p>	
<p><b>E. Informatieverstrekking in de keten</b></p>	1

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>E.1</b> Indien het verleende bruto persoonsgebonden budget per dag € 300 of meer bedraagt moet het zorgkantoor dit onmiddellijk melden aan het CVZ op een door het CVZ vastgesteld model (conform artikel 2.6.6 lid 7 van de Regeling subsidies AWBZ).</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft toekenningen van bruto-persoonsgebonden budgetten van € 300 per dag of meer in 2011 ten minste per kwartaal gemeld aan het CVZ.</p>	
<p><b>E.2</b> De concessiehouder stuurt gegevens van nieuwe PGB-aanvragers aan het CAK zodat het CAK de maximale eigen bijdrage voor de budgethouder kan berekenen.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2011 de gegevens van nieuwe budgethouders in 2011 binnen een week na ontvangst toegezonden aan het CAK.</p> <p><b>Het direct na ontvangst van de gegevens van nieuwe budgethouders aan het CAK verzenden vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</b></p>	
<p><b>Totaal aantal punten</b></p>	<p><b>10</b></p>

## 4.11PI 9: Monitoring continuïteit zorgverlening

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<b>A. Vastleggen in overeenkomsten</b>	0,25
<p>De concessiehouder moet in de individuele overeenkomsten met de zorgaanbieders opnemen van welke situaties de zorgaanbieder hem op de hoogte moet stellen.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in de individuele overeenkomst met de zorgaanbieder over 2011 vastgelegd dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de zorgaanbieder hem zo vroeg mogelijk informeert wanneer de continuïteit van zorg in gevaar kan komen;</li> <li>- de zorgaanbieder hem tijdige en voldoende informatie verstrekt indien de continuïteit van zorg in gevaar is (waaronder informatie bij het voornemen tot fusie/samenwerking en informatie over uitbesteding van zorg aan andere zorgaanbieders of zelfstandigen zonder personeel).</li> </ul>	
<b>B. Uitvoering monitoring continuïteit zorgverlening</b>	7,75
<p><b>B.1</b> De concessiehouder heeft een 'early warningsysteem' (EWS) opgezet dat hij op basis van de jaarrekeningen van alle gecontracteerde zorgaanbieders vult met financiële kengetallen, genoemd in de circulaire CVZ 03/28 dan wel zelf ontwikkelde kengetallen. Hierdoor kan de concessiehouder de ontwikkeling in de tijd van deze financiële kengetallen analyseren. De concessiehouder besteedt bij de analyse specifieke aandacht aan ontwikkelingen bij zorgaanbieders die recent zijn gefuseerd, aan zorgaanbieders waar tussentijdse bestuurswisselingen zijn geweest en aan nieuwe zorgaanbieders.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. De concessiehouder vult het EWS met kengetallen op basis van de jaarrekeningen van alle gecontracteerde zorgaanbieders.</li> <li>b. De concessiehouder analyseert deze kengetallen, door gebruik te maken van een gelijkwaardig analysemodel. De analyse van deze kengetallen is zichtbaar vastgelegd en is gericht op het onderkennen van risico's op mogelijke discontinuïteit van zorg (bijvoorbeeld groen, oranje, rood).</li> <li>c. De concessiehouder heeft op basis van de uitkomsten van het EWS (rood) in 2011 aantoonbaar vervolgacties ondernomen. Bijvoorbeeld het maandelijks opvragen van financiële en andere informatie bij de zorgaanbieder dan wel het aantoonbaar voeren van periodieke gesprekken met de raad van bestuur van de zorgaanbieder met het doel de continuïteit van zorgverlening te bewaken.</li> </ol>	
<p><b>B.2</b> Een belangrijk instrument voor concessiehouders om tijdig geïnformeerd te worden over risicovolle ontwikkelingen is het – periodiek – overleg met zorgaanbieders. De concessiehouder kan het (periodiek) overleg gebruiken om ontwikkelingen bij zorgaanbieders te signaleren die de zorgcontinuïteit in gevaar kunnen brengen. De concessiehouder kan het periodiek overleg ondermeer beleggen als de uitkomsten van het EWS hiertoe noodzaken. Het is van belang dat van (periodieke) overleggen een verslag wordt gemaakt dat wordt afgestemd met de zorgaanbieder.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder gebruikt het – periodiek – overleg 2011 aantoonbaar voor het signaleren van risico's met betrekking tot continuïteit van zorgverlening. Hiertoe besteedt de concessiehouder in ieder geval aandacht aan de relevante risico's rond:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de productierealisatiecijfers;</li> <li>- de financiële positie;</li> <li>- (bouw)investeringen en financiering;</li> <li>- de vastgoedpositie (mede in het licht van de introductie van integrale tarieven en de afschaffing nacalculatie op de afschrijvingen en rente);</li> <li>- de stand van zaken rondom cliëntgerichte declaratie voor intramurale en voor extramurale zorg;</li> <li>- andere risico's die een rol spelen bij de zorgaanbieder.</li> </ul>	

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>B.3</b> De concessiehouder moet op basis van de inschatting van het risico op mogelijke discontinuïteit van zorg nader onderzoek doen, indien de signalen daartoe aanleiding geven. De concessiehouder heeft hiervoor een standaard draaiboek (stappenplan) waarin is opgenomen welke mogelijkheden dienen te worden onderzocht om continuïteit van zorg te borgen.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft op basis van een standaard draaiboek (stappenplan) in 2011 aantoonbaar onderzoek uitgevoerd naar aanleiding van signalen van mogelijke discontinuïteit van zorg. Afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek zijn maatregelen genomen. Bijvoorbeeld het intensiveren van overleg tussen concessiehouder en zorgaanbieder, het aanpassen van de bevoorschotting, het stellen van eisen aan de zorgaanbieder, het inventariseren van de zorg waarvoor cliënten zijn geïndiceerd, het uitvoeren van een marktanalyse om vast te stellen welke mogelijkheden er zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen.</p> <p>b. De concessiehouder treedt bij gecontracteerde zorgaanbieders waar de continuïteit van zorg in gevaar is en die deel uitmaken van een concern, aantoonbaar in overleg met andere concessiehouders (zorgkantoren) die aanbieders van het concern hebben gecontracteerd om de continuïteit van zorg te bewaken.</p>	
<p><b>B.4</b> De concessiehouder moet de risico's die samenhangen met uitbesteding van zorg aan andere zorginstellingen of zelfstandigen zonder personeel in voldoende mate monitoren.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft concrete afspraken gemaakt met zorgaanbieders die zorg uitbesteden dat de (door het zorgkantoor gecontracteerde) zorgaanbieder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- toeziet op de kwaliteit van de geleverde zorg door de onderaannemers;</li> <li>- toeziet op de doelmatige en rechtmatige besteding van de AWBZ-gelden.</li> </ul> <p>b. De concessiehouder heeft – indien van toepassing – consequenties verbonden aan het niet nakomen van gemaakte afspraken.</p>	
<p><b>C. Betrokkenheid management</b></p>	2
<p>Het management van de concessiehouder moet aantoonbaar worden geïnformeerd over mogelijke discontinuïteit van zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders. Onder het management van de concessiehouder wordt verstaan het orgaan dat verantwoordelijk is voor de bedrijfsvoering van het zorgkantoor/de zorgkantoren.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>Het management van de concessiehouder wordt direct geïnformeerd als er signalen zijn dat de continuïteit van zorg bij een gecontracteerde aanbieder in gevaar dreigt te komen. Het management beoordeelt of het standaard draaiboek adequaat is uitgevoerd. Het management is daarnaast direct betrokken bij de vervolgstappen die worden ondernomen om de continuïteit van zorg te garanderen (bijvoorbeeld inkopen van een gedeelte van de zorg bij andere aanbieders).</p>	
<p><b>Maximaal aantal punten</b></p>	<b>10</b>

## 4.12 PI 10: Materiële controle

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<b>A. Aanpak</b>	0,5
<p>De concessiehouder moet beschikken over een plan van aanpak (controleplan) voor materiële controles. Het plan van aanpak moet voldoen aan de voorschriften van de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars (VA/NR-100.048). Het plan van aanpak voor materiële controles maakt onderdeel uit van het controleplan van de concessiehouder. Het plan moet aansluiten op de uitgangspunten van het Protocol Materiële Controle (onderdeel van het Addendum bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van Zorgverzekeraars Nederland).</p> <p>De concessiehouder moet een afweging maken voor de wijze van inzet van de materiële controles. De basis hiervoor vormt de risicoanalyse en bestandsanalyse. De concessiehouder moet in het plan van aanpak motiveren waarom hij bepaalde risicogebieden in de materiële controle betreft en waarom hij andere gebieden niet als risico ziet. In het plan van aanpak moet het aantal zorgaanbieders dat in de materiële controle wordt betrokken worden gemotiveerd en de wijze waarop zorgaanbieders worden geselecteerd. De concessiehouder moet in het plan van aanpak opnemen op welke wijze hij omgaat met geconstateerde onregelmatigheden.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft een plan van aanpak voor de uitvoering van materiële controles AWBZ in 2011. Het plan van aanpak is gebaseerd op de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars en het Protocol Materiële Controle. De concessiehouder heeft in het plan van aanpak opgenomen bij welke zorgaanbieders materiële controles worden uitgevoerd. Uit het plan blijkt dat de selectie van zorgaanbieders is gebaseerd op risicoanalyse.</p> <p>b. De concessiehouder heeft in zijn plan van aanpak opgenomen hoe hij omgaat met geconstateerde onregelmatigheden die hij constateert bij de uitvoering van de materiële controles.</p>	
<b>B. Organisatie</b>	0,5
<p>De concessiehouder moet een adequate organisatie hebben voor de uitvoering van de materiële controles.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft in 2011 controleteams met voldoende medische deskundigheid.</p> <p>b. De concessiehouder heeft in 2011 de controleteams zodanig samengesteld dat functiescheiding aanwezig is tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles bij zorgaanbieders.</p>	
<b>C. Uitvoering materiële controles</b>	8,5

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>C.1</b> De concessiehouder moet de materiële controle richten op de vraag of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd, of aan de geleverde zorg een indicatiebesluit ten grondslag ligt en of de geleverde zorg voor de verzekerde gelet op het indicatiebesluit passend is en voldoende en in overeenstemming met het zorgplan. Ook richt de materiële controle zich de aanwezigheid van het zorgplan bij de zorgaanbieder dat conform het besluit Zorgplanbespreking van 26 maart 2009 in 2011 voor alle cliënten moet zijn opgesteld en met de cliënt besproken.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>De concessiehouder heeft de materiële controle 2011 uitgevoerd op basis van de in het plan van aanpak beschreven mix van controlemiddelen (bestandsanalyses, benchmarking, cijferanalyse, accountantsverklaring inzake de juistheid van de gedeclareerde productie).</li> <li>De concessiehouder heeft de uitvoering van de materiële controles gericht op (a) de vraag of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd, (b) of aan de geleverde zorg een indicatiebesluit ten grondslag ligt en (c) of de geleverde zorg voor de verzekerde gelet op het indicatiebesluit passend is.</li> <li>De concessiehouder heeft indien hiertoe aanleiding bestond detailcontroles uitgevoerd.</li> <li>De concessiehouder heeft bij de uitvoering van de materiële controles gebruik gemaakt van controles via verzekerden als daartoe op basis van ontvangen signalen aanleiding bestond. Gedacht kan worden aan signalen van verzekerden, uit bestandsanalyses of uit uitkomsten uit detailcontroles.</li> <li>De concessiehouder heeft in 2011 de materiële controles volgens het plan van aanpak uitgevoerd.</li> </ol> <p><i>NB: Bij de uitvoering van de materiële controles via verzekerden en bij het uitvoeren van detailcontroles, waarbij gebruik gemaakt wordt van tot de persoon herleidbare gegevens over iemands gezondheid, moet uit het oogpunt van privacybescherming terughoudendheid worden betracht. De goedkeuring van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen was op 4 februari 2008 verlopen. Op 15 juni 2011 is in de Staatscourant gepubliceerd de Regeling van de Staatssecretaris van VWS van 6 juni 2011, kenmerk MC U 3052251, houdende regels in verband met de verwerking van persoonsgegevens door zorgverzekeraars bij de uitvoering van de AWBZ. Hiermee is de noodzakelijke wettelijke basis voor doorbreking van het medische beroepsgeheim bij het verrichten van detailcontrole als onderdeel materiële controle in het kader van fraudeonderzoek geborgd. Concreet betekent dit dat vanaf 15 juni 2011 het opvragen van medische patiëntgegevens voor controle toegestaan is. Tot 15 juni 2011 is het advies van ZN nog steeds van kracht. ZN adviseerde om de materiële controle op te beperken tot de controlestappen voorafgaand aan de detailcontrole en de detailcontrole, zowel in het kader van materiële controle als in het kader van fraudeonderzoek, alleen te doen met uitdrukkelijke toestemming van de persoon om wiens persoonsgegevens het gaat.</i></p>	
<p><b>C.2</b> De concessiehouder moet bij geconstateerde onregelmatigheden bij materiële controles een foutenevaluatie opstellen en beoordelen of aan geconstateerde onregelmatigheden gevolgen moeten worden verbonden (zie Protocol Materiële Controle). De concessiehouder moet op basis van de foutenevaluatie beoordelen of de (detail)controle moeten worden uitgebreid. De concessiehouder houdt bij deze beoordeling rekening met een aantal aspecten zoals bekendheid met voorschriften, eerdere overtredingen, et cetera. De concessiehouder moet gerealiseerde resultaten inzichtelijk maken.</p> <p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>De concessiehouder heeft in 2011 voor elke uitgevoerde materiële controle een foutenevaluatie opgesteld en indien noodzakelijk de (detail)controles uitgebreid.</li> <li>De concessiehouder heeft na constatering van onregelmatigheden een onderbouwde afweging gemaakt voor het instellen van vervolgacties.</li> <li>De concessiehouder heeft bij vermoeden van misbruik of oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld voor het instellen van nader onderzoek.</li> <li>De concessiehouder heeft op basis van de evaluatie van de bevindingen van de materiële controles adequate directe maatregelen getroffen richting de zorgaanbieder, bijvoorbeeld een waarschuwing, terugvordering (op basis van extrapolatie van de bevindingen), stelselmatige controle en de resultaten daarvan inzichtelijk maken.</li> <li>De concessiehouder heeft na afweging voor vervolgacties adequate maatregelen getroffen richting externe instanties, bijvoorbeeld het informeren van IGZ, het indienen van een klacht bij tuchtrechter, het inlichten van de FIOD-ECD, het melden aan Extern Verwijzingsregister door de coördinator fraudebestrijding.</li> </ol>	
<b>D. Managementinformatie</b>	0,5

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p>Het management van de concessiehouder moet periodiek aantoonbaar worden geïnformeerd over de voortgang, de resultaten en de vervolgacties van de materiële controles.</p> <p>Onder het management van de concessiehouder wordt verstaan het orgaan dat verantwoordelijk is voor de bedrijfsvoering van het zorgkantoor/de zorgkantoren.</p> <p><b>Norm:</b> Het management van de concessiehouder stuurt aantoonbaar op de voortgang, de uitkomsten en vervolgacties van materiële controles via periodiek overleg of managementinformatie.</p>	
<b>Totaal aantal punten</b>	<b>10</b>

#### 4.13 PI 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>A. Aanpak</b></p> <p>Een concessiehouder moet beschikken over een actueel plan van aanpak - beleidsplan/controleplan - dat gericht is op de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ. Het plan kan onderdeel zijn van het plan van aanpak dat gericht is op de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de Zvw, maar moet expliciet maken welke maatregelen specifiek in de AWBZ zijn getroffen.</p> <p>Het plan van aanpak moet duidelijkheid bieden over de wijze waarop de concessiehouder voldoet aan het Fraudeprotocol van het Verbond van Verzekeraars, onderdeel van de Gedragscode voor de Zorgverzekeraar. Het fraudeprotocol stelt eisen aan de wijze waarop de verzekeraars fraudebestrijding ter hand nemen. Deze eisen hebben te maken met het beschikbaar zijn van een fraudebeleidsplan, het aanstellen van een coördinator fraudebestrijding, het voeren van een intern incidentenregister, het doorgeven van geconstateerde fraudes aan het Fraudeloket Verzekeringsbedrijf en het registreren van fraudezaken in het extern verwijfsregister (EVR).</p> <p>Concessiehouders moeten risicoanalyses uitvoeren en op basis van de uitkomsten van deze risicoanalyses de insteek en prioriteiten bepalen van de werkzaamheden gericht op de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. Deze risicoanalyses moeten in het plan van aanpak zijn opgenomen of hierbij aansluiten.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft in 2011 een actueel en gestructureerd plan van aanpak gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ. Het plan van aanpak voldoet aan de eisen van het Fraudeprotocol van het Verbond van Verzekeraars.</p> <p>b. Het plan van aanpak bevat een transparante risicoanalyse gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ.</p>	0,5
<p><b>B. Organisatie</b></p> <p>De concessiehouder moet een adequate organisatie hebben voor de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft in 2011 een coördinator fraudebestrijding en een specifieke fraudewerkgroep, bijvoorbeeld een fraudeteam, waarin medewerkers van het zorgkantoor zitting hebben of een specifieke fraudeafdeling die medewerkers van het zorgkantoor structureel betreft bij zijn werkzaamheden.</p> <p>b. De coördinator fraudebestrijding heeft een zelfstandige bevoegdheid tot het instellen van onderzoek op risicogebieden in de AWBZ.</p>	0,5
<p><b>C. Uitvoering onderzoeken gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik</b></p> <p><b>C.1</b> De uitvoering van onderzoeken gericht is op de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik moet plaatsvinden op basis van het plan van aanpak. De concessiehouder moet gerealiseerde resultaten inzichtelijk maken.</p> <p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft in 2011 voorlichting gegeven aan zorgkantoormedewerkers over bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik, bijvoorbeeld in de vorm van presentaties of cursussen ter verhoging van alertheid van medewerkers.</p> <p>b. De concessiehouder heeft in 2011 aantoonbaar bestands- of systeemvergelijkingen uitgevoerd op mogelijke risicogebieden van misbruik en oneigenlijk gebruik.</p> <p>c. De concessiehouder heeft in 2011 verdiepend vervolgonderzoek uitgevoerd op signalen of vermoedens van misbruik en oneigenlijk gebruik, bijvoorbeeld op basis van signalen uit de monitoring van aanbieders, de materiële controles, de globale of intensieve PGB-controles of de bestands- of systeemvergelijkingen.</p> <p>d. De concessiehouder heeft in 2011 in voldoende mate aandacht besteed aan signalering, opsporing en afdoening van vermoeden van <b>intern</b> misbruik en oneigenlijk gebruik.</p>	8



Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>C.2</b> De concessiehouder moet bij vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik altijd de coördinator fraudebestrijding inschakelen.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2011 bij alle vermoedens van misbruik en oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld.</p>	
<p><b>C.3</b> Bij geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik is het van belang dat de concessiehouder structureel de volgende acties onderneemt en de resultaten daarvan inzichtelijk maken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- melding aan het fraudeloket bij het verbond van verzekeraars;</li> <li>- aangifte doen bij de politie/OM;</li> <li>- registreren in het Intern Verwijs Register (IVR) en het Externe Verwijs Register (EVR);</li> <li>- geconstateerd oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden melden aan beleidsbepalende organisaties, zoals het Ministerie van VWS, het CVZ en/of de NZa.</li> </ul> <p>De concessiehouder moet zonnodig overgaan tot terugvordering van onrechtmatig bestede bedragen.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2011 bij geconstateerde onregelmatigheden als gevolg van misbruik en oneigenlijk gebruik steeds de volgende acties uitgevoerd:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. terugvorderen onrechtmatig bestede AWBZ/PGB-middelen of het verrekenen van deze middelen met de bevoorschotting of afrekening van zorgaanbieders;</li> <li>b. melden van vermoeden van misbruik bij het fraudeloket van het Verbond van Verzekeraars en registratie in het IVR en het EVR;</li> <li>c. aangifte doen bij de politie of het OM;</li> <li>d. melden geconstateerd oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden aan beleidsbepalende organisaties, zoals het Ministerie van VWS, het CVZ en/of de NZa.</li> </ol>	
<p><b>D. Vastlegging signalen</b></p>	0,5
<p>De concessiehouder registreert signalen en resultaten van onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik in een database. De concessiehouder moet bij de registratie onderscheid maken tussen Zvw en AWBZ en tussen verzekerden en zorgaanbieders. De concessiehouder moet de registratie zodanig inrichten dat inzicht bestaat in de aard en de omvang van geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder registreert signalen van misbruik en oneigenlijk gebruik in een database, een interne verwijzingsindex of een incidentenregister (hierna: database). De concessiehouder moet in de database in 2011 in ieder geval hebben vastgelegd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- welke signalen van vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik betrekking hebben op de AWBZ;</li> <li>- welke signalen van vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik betrekking hebben op verzekerden en op zorgaanbieders;</li> <li>- in welke mate (aantallen en bedragen) sprake is van daadwerkelijk geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik;</li> <li>- de aard van het misbruik en oneigenlijk gebruik.</li> </ul>	
<p><b>E. Managementinformatie</b></p>	0,5
<p>Het management van de concessiehouder moet periodiek aantoonbaar worden geïnformeerd over inspanningen en resultaten van bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. Onder het management van de concessiehouder wordt verstaan het orgaan dat verantwoordelijk is voor de bedrijfsvoering van het zorgkantoor/de zorgkantoren.</p> <p><b>Norm:</b> Het management van de concessiehouder wordt in 2011 in elk geval maandelijks of per kwartaal aantoonbaar geïnformeerd door middel van periodiek overleg of schriftelijke managementinformatie over de opzet, de voortgang, de resultaten en de vervolgacties van onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik.</p>	
<p><b>Totaal aantal punten</b></p>	<b>10</b>

## 4.14 PI 12: Administratieve organisatie en interne beheersing

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>A. Kwaliteit administratieve organisatie en interne beheersing</b></p>	5
<p><b>A.1</b> De concessiehouder moet beschikken over een actuele en volledige beschrijving van de opzet van de AO/IB. Dit betreft vooral de aanwezigheid van werkinstructies en procedurebeschrijvingen. Actueel houdt in dat de concessiehouder wijzigingen in de relevante wet- en regelgeving in 2011 juist en tijdig heeft geïmplementeerd in werkinstructies en procedurebeschrijvingen. Actueel houdt ook in dat de procedurebeschrijvingen en werkinstructies de binnen de organisatie gehanteerde werkwijzen weergeven. Volledig houdt in dat voor alle onderdelen van de organisatie werkinstructies en procedurebeschrijvingen aanwezig zijn.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt in 2011 over een actuele en volledige beschrijving van de opzet van de AO/IB in de vorm van werkinstructies en procedurebeschrijvingen.</p>	
<p><b>A.2</b> De concessiehouder moet voorafgaand aan ieder jaar een controleplan opstellen waarin hij vastlegt op welke wijze hij uitvoering geeft aan zijn controletaak. Zie artikel 6 van de Regeling VA/NR-100.048 Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt over een voor aanvang van het controlejaar 2011 opgesteld controleplan. In het controleplan is vastgelegd welke interne controlewerkzaamheden worden uitgevoerd. In het controleplan zijn in elk geval vastgelegd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de doelstelling van de controlewerkzaamheden;</li> <li>- het tijdstip van uitvoering, bijvoorbeeld maandelijks;</li> <li>- de omvang van de controlewerkzaamheden;</li> <li>- de selectiewijze van de te controleren posten;</li> <li>- de uit te voeren controlewerkzaamheden.</li> </ul>	
<p><b>A.3</b> De interne controlewerkzaamheden zijn overeenkomstig het controleplan uitgevoerd. Dit betekent dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de interne controlewerkzaamheden gespreid over het jaar hebben plaatsgevonden;</li> <li>- in voldoende mate en voor alle processen controlewerkzaamheden zijn uitgevoerd;</li> <li>- de gecontroleerde posten op de juiste wijze zijn geselecteerd;</li> <li>- alle vooraf vastgestelde controlewerkzaamheden zijn uitgevoerd.</li> </ul> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2011 interne controlewerkzaamheden overeenkomstig het controleplan uitgevoerd.</p>	
<p><b>A.4</b> De bevindingen en conclusies van uitgevoerde interne controlewerkzaamheden zijn op adequate wijze vastgelegd. Waar nodig zijn aanvullende werkzaamheden verricht.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft de bevindingen en conclusies van de uitgevoerde interne controlewerkzaamheden in 2011 op adequate wijze vastgelegd, heeft de bevindingen geëvalueerd (foutenevaluatie) en waar nodig aanvullende controlewerkzaamheden verricht dan wel correcties doorgevoerd.</p>	
<p><b>A.5</b> Het management van de concessiehouder moet maandelijks of elk kwartaal managementinformatie ontvangen om processen en kosten te kunnen beheersen en tijdig te kunnen bijsturen. Onder het management van de concessiehouder wordt verstaan het orgaan dat verantwoordelijk is voor de bedrijfsvoering van het zorgkantoor/de zorgkantoren.</p> <p><b>Norm:</b> Het management van de concessiehouder heeft in 2011 maandelijks of per kwartaal managementinformatie van goede kwaliteit ontvangen over de uitkomsten van de uitgevoerde interne controles en stuurt aantoonbaar op deze managementinformatie.</p>	
<p><b>B. Kwaliteit geautomatiseerde gegevensverwerking</b></p>	5

Toetsingsaspect en normering	Maximaal aantal punten
<p><b>B.1</b> De concessiehouder moet wijzigingen in de relevante wet- en regelgeving juist en tijdig implementeren in relevante applicaties.</p> <p><b>Norm:</b> De implementatie van wijzigingen in wet- en regelgeving in 2011 in applicaties heeft aantoonbaar juist en tijdig plaatsgevonden.</p>	
<p><b>B.2</b> De concessiehouder moet inzicht hebben in de application controls die in de applicaties zijn ingebouwd. Ook moet hij vaststellen of de application controls gedurende het gehele jaar hebben gewerkt.</p> <p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft inzicht in de opzet en het bestaan van de in de applicaties ingebouwde application controls. Hij heeft de blijvend juiste werking van deze application controls in 2011 vastgesteld.</p>	
<p><b>B.3</b> De concessiehouder moet jaarlijks de opzet en werking van de maatregelen voor <b>permanente beschikbaarheid en continuïteit</b> van de geautomatiseerde systemen vaststellen door het uitvoeren van een IT-audit. In de IT-audit moet specifieke aandacht zijn besteed aan de systemen van de zorgkantoren. De concessiehouder moet voldoende maatregelen treffen om de permanente beschikbaarheid en continuïteit van de geautomatiseerde systemen te waarborgen. De concessiehouder beschikt hiertoe onder meer over een calamiteitenplan, uitwijkfaciliteiten, procedures voor back-up/recovery. Dit toetsingsaspect heeft geen betrekking op AWBZ-brede zorgregistratiesysteem (AZR).</p> <p><b>Norm:</b> Uit de bevindingen en conclusies van de IT-audit blijkt dat de concessiehouder in opzet toereikende maatregelen heeft getroffen voor de continuïteit van de geautomatiseerde systemen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende 2011 hebben gewerkt.</p>	
<p><b>B.4</b> De concessiehouder moet jaarlijks de opzet en werking van de maatregelen voor <b>logische toegangsbeveiliging</b> van de geautomatiseerde systemen vaststellen door het uitvoeren van een IT-audit. De concessiehouder moet voldoende maatregelen treffen voor de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen. De concessiehouder beschikt hiertoe over procedures voor autorisatie, functiescheiding, user-id's, tabel- en passwordbeheer. Dit toetsingsaspect heeft geen betrekking op AZR.</p> <p><b>Norm:</b> Uit de bevindingen en conclusies van de IT-audit blijkt dat de concessiehouder in opzet toereikende maatregelen heeft getroffen voor de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende 2011 hebben gewerkt.</p>	
<p><b>B.5</b> De concessiehouder moet jaarlijks de opzet en werking van de maatregelen voor change management van de geautomatiseerde systemen vaststellen door het uitvoeren van een IT-audit. De concessiehouder moet voldoende maatregelen treffen voor de betrouwbaarheid van de geautomatiseerde systemen. De concessiehouder beschikt hiertoe onder meer over procedures voor change management. Dit toetsingsaspect heeft geen betrekking op AZR.</p> <p><b>Norm:</b> Uit de bevindingen en conclusies van de IT-audit blijkt dat de concessiehouder toereikende maatregelen heeft getroffen rondom het change management van de geautomatiseerde systemen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende 2011 hebben gewerkt.</p>	
<p><b>B.6</b> De concessiehouder moet voldoende maatregelen treffen om de permanente beschikbaarheid, continuïteit, betrouwbaarheid en logische toegangsbeveiliging van het AZR vast te stellen.</p> <p><b>Norm:</b> Uit de bevindingen en conclusies van de IT-audit blijkt dat de concessiehouder toereikende maatregelen heeft getroffen om de juiste werking van AZR in 2011 te borgen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende 2011 hebben gewerkt.</p>	
<p><b>Totaal aantal punten</b></p>	<p><b>10</b></p>