

**Rapport**

# **Uitvoering AWBZ 2012**

Concessiehouder

Zorgkantoor Friesland B.V.

December 2013



## Inhoud

<b>1. Samenvatting</b>	<b>5</b>
1.1 Inleiding	5
1.2 Opzet onderzoek 2012	5
1.3 Samenvattend oordeel uitvoering 2012	6
1.3.1 Uitvoering AWBZ 2012	6
1.3.2 Goede processen 2012	7
1.3.3 Voldoende processen 2012	7
1.4 Opvolging verbeterpunten 2011	8
1.4.1 Opvolging verbeterpunten 2011	8
1.5 Oordeel NZa over de rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven	8
1.5.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2012	8
1.5.2 Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2012	9
1.5.3 Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2011	9
1.6 Maatregel	10
1.6.1 Bevoorschotting op basis van realisatie	10
1.6.2 Openstaande vorderingen PGB	10
1.6.3 Wettelijke reserve AWBZ	10
<b>2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2012</b>	<b>11</b>
2.1 Inleiding	11
2.2 Prestatie-indicator 1: Zorg in natura	11
2.2.1 Prestatiemeting Zorg in natura	11
2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura	14
2.3 Prestatie-indicator 2: Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg	16
2.3.1 Prestatiemeting Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg	16
2.3.2 Verdiepende vragen onderzoek Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg	19
2.4 Prestatie-indicator 3: Klachtenbehandeling	20
2.4.1 Prestatiemeting Klachtenbehandeling	20
2.4.2 Verdiepende vragen onderzoek Klachtenbehandeling	23
2.5 Prestatie-indicator 4: Contracteerproces	24
2.5.1 Prestatiemeting Contracteerproces	24
2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces	24
2.6 Prestatie-indicator 5: Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	25
2.6.1 Prestatiemeting Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	25
2.6.2 Verdiepende vragen onderzoek Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	26
2.7 Prestatie-indicator 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening	26
2.7.1 Prestatiemeting Innovatie en kwaliteit zorgverlening	26
2.7.2 Verdiepende vragen onderzoek Innovatie en kwaliteit zorgverlening	29
2.8 Prestatie-indicator 7: Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	31
2.8.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	31
2.9 Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg	35
2.9.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg	35
2.9.2 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg	39

2.10	Prestatie-indicator 9: Monitoring continuïteit zorgverlening	41
2.10.1	Prestatiemeting Monitoring continuïteit zorgverlening	41
2.10.2	Verdiepende vragen onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening	43
2.11	Prestatie-indicator 10: Materiële controle	45
2.11.1	Prestatiemeting Materiële controle	45
2.12	Prestatie-indicator 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	48
2.12.1	Prestatiemeting Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	48
2.13	Prestatie-indicator 12: Administratieve organisatie en interne beheersing	51
2.13.1	Prestatiemeting Administratieve organisatie en interne beheersing	51
<b>3.</b>	<b>Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken</b>	<b>55</b>
3.1	Opvolging verbeterpunten 2011	55
<b>4.</b>	<b>Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2012</b>	<b>57</b>
4.1	Inleiding	57
4.2	Wettelijke reserve en beheerskosten	57
4.2.1	Inleiding	57
4.2.2	Bevindingen	57
4.2.3	Oordeel NZa	59
4.3	Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2012	59
4.3.1	Inleiding	59
4.3.2	Bevindingen	60
4.3.3	Onrechtmatigheden in de verantwoording 2012	60
4.3.4	Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2012	61
4.4	Opvolging onderzoek 2011	61
<b>5.</b>	<b>Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2012</b>	<b>63</b>
5.1	Inleiding	63
5.2	Tijdigheid	63
5.3	Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken	63
5.4	Bestuurlijke verantwoording/uitvoeringsverslag	63
5.5	Financiële verantwoording	64
5.6	Accountantsproducten	64

# 1. Samenvatting

## 1.1 Inleiding

De NZa houdt op grond van artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) door de concessiehouders (zorgkantoren).

In dit rapport heeft de NZa haar bevindingen opgenomen van het onderzoek naar de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ.

De concessiehouder Zorgkantoor Friesland B.V. voert de AWBZ uit voor de zorgregio Friesland.

De bevindingen in dit rapport hebben uitsluitend betrekking op de uitvoering van de AWBZ.

De NZa heeft de beoordeling uitgevoerd op basis van een vooraf vastgesteld normenkader. Dit normenkader is opgenomen in het protocol Prestatiemeting AWBZ 2012. In dit protocol licht de NZa de toepassing van de prestatie-indicatoren en het bijbehorende normenkader toe.

## 1.2 Opzet onderzoek 2012

De in 2010 in gang gezette nieuwe opzet van het AWBZ-onderzoek is ook toegepast voor het onderzoek over 2012. De NZa is van mening dat op deze wijze optimaal rekening kan worden gehouden met ontwikkelingen die verband houden met wijzigingen van de uitvoeringsstructuur AWBZ.

De NZa heeft alle prestatie-indicatoren gedeeltelijk dan wel integraal onderzocht. De te onderzoeken prestatie-indicatoren raken de drie prestatievelen: service aan cliënten, zorginkoop- en contractering en moderne administratieve organisatie.

De volgende tien prestatie-indicatoren zijn integraal onderzocht:

- Zorg in natura (PI 1);
- Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg (PI 2);
- Klachtenbehandeling (PI 3);
- Innovatie en kwaliteit zorgverlening (PI 6);
- Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura (PI 7);
- Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg (PI 8);
- Monitoring continuïteit zorgverlening (PI 9);
- Materiële controle (PI 10);
- Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik (PI 11);
- Administratie organisatie en interne beheersing (PI 12).

De volgende twee prestatie-indicatoren zijn gedeeltelijk onderzocht:

- Contracteerproces (PI 4);
- Doelmatige zorgverlening binnen de contracteerruimte (PI 5);

De NZa heeft voor de hiervoor genoemde prestatie-indicatoren ook verdiepend onderzoek gedaan naar de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen bij deze

prestatie-indicatoren. In dit verdiepend onderzoek stond de toekomstige uitvoering van de AWBZ centraal.

Daarnaast heeft de NZa zowel de opvolging van de nog niet opgevolgde verbeterpunten 2011 die de NZa in het rapport Uitvoering AWBZ 2011 aan de concessiehouder heeft gerapporteerd, onderzocht. Verder heeft de NZa ook de opvolging onderzocht van, in het kader van artikel 61, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), verzoeken aan concessiehouders om gegevens en inlichtingen te verstrekken.

Tot slot heeft de NZa de rechtmatigheid van uitgaven en ontvangsten van de concessiehouders (inclusief beheerskosten AWBZ) onderzocht.

## **1.3 Samenvattend oordeel uitvoering 2012**

### **1.3.1 Uitvoering AWBZ 2012**

In tabel 1 heeft de NZa haar oordeel opgenomen over de onderzochte prestatie-indicatoren. De NZa heeft alleen oordelen gegeven voor de integraal onderzochte processen.

De tabel vermeldt het oordeel over de prestaties (onvoldoende, voldoende of goed), de gehanteerde wegingsfactor en de uiteindelijke score.

**Tabel 1. Samenvattend oordeel over uitvoering AWBZ in 2012**

Prestatie-indicatoren AWBZ	Paragraaf	Oordeel 2012	Wegingsfactor	Score <sup>1</sup>
<b>Prestatieveld 1: Service aan cliënten</b>				
1. Zorg in Natura	Zie paragraaf 2.2.1	G	4	8
2. Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg	Zie paragraaf 2.3.1	G	1	2
3. Klachtenbehandeling	Zie paragraaf 2.4.1	V	3	3
<b>Prestatieveld 2: Zorginkoop en -contractering</b>				
4. Contracteerproces	Zie paragraaf 2.5.1	n.v.t.	1	n.v.t.
5. Doelmatige zorglevering binnen de contracteer ruimte	Zie paragraaf 2.6.1	n.v.t.	2	n.v.t.
6. Innovatie en kwaliteit zorgverlening	Zie paragraaf 2.7.1	G	2	4
<b>Prestatieveld 3: Moderne administratieve organisatie</b>				
7. Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	Zie paragraaf 2.8.1	G	4	8
8. Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg	Zie paragraaf 2.9.1	G	2	4
9. Monitoring continuïteit zorgverlening	Zie paragraaf 2.10.1	G	1	2
10. Materiële controle	Zie paragraaf 2.11.1	G	2	4
11. Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	Zie paragraaf 2.12.1	G	2	4
12. Administratieve organisatie en interne beheersing	Zie paragraaf 2.13.1	V	1	1

Bron: NZa

### 1.3.2 Goede processen 2012

Zorgkantoor Friesland B.V. heeft de processen Zorg in natura, Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg, Innovatie en kwaliteit zorgverlening, Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura, Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg, Monitoring continuïteit zorgverlening, Materiële controle en Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik op goede wijze uitgevoerd.

### 1.3.3 Voldoende processen 2012

Zorgkantoor Friesland B.V. heeft de processen Klachtenbehandeling en Administratieve organisatie en interne beheersing op voldoende wijze uitgevoerd. Voor deze processen moet de concessiehouder de volgende verbeterpunten doorvoeren:

<sup>1</sup> De berekening van de score per prestatie-indicator gaat als volgt: Goed = 2 punten, Voldoende = 1 punt en, Onvoldoende = 0 punten (vermenigvuldigd met de wegingsfactor).

**Tabel 2. Verbeterpunten 2012 voldoende processen**

Verbeterpunten 2012	
1.	<p><i>Klachtenbehandeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het meer benadrukken dat de cliënt ook bij de zorgkantoor een klacht over een AWBZ-zorgaanbieder kan indienen;</li> <li>- het juist informeren van cliënten bij welke instantie zij klachten over de uitvoering van de eigen bijdrage regeling kunnen indienen;</li> <li>- het actualiseren van de werkinstructie en het (niet gedateerde) klachtenreglement;</li> <li>- het schriftelijk bevestigen van alle klachten die niet binnen drie weken kunnen worden beantwoord;</li> <li>- het in alle gevallen de klager in de gelegenheid stellen om te worden gehoord;</li> <li>- het in de klachtenafhandelingsbrief ingaan op alle elementen van de klacht (ook op de door de klager genoemde bedragen) en de beleving van de klager in alle gevallen centraal stellen;</li> <li>- het uitbreiden van de managementrapportages met naast informatie over aantal ontvangen klachten, de aard van de klachten ook een (kwantitatieve) analyse van de klachten.</li> </ul>
2.	<p><i>Administratieve organisatie en interne beheersing:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het tijdig uitvoeren van controlewerkzaamheden zodat op basis van de uitkomsten van de controles gedurende het controlejaar nog bijgestuurd kan worden;</li> <li>- het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van de continuïteit van de geautomatiseerde systemen;</li> <li>- het expliciet vastleggen wat de impact van de bevindingen vanuit de IT audit is op de getrouwheid van het financieel verslag en de rechtmatigheid van de schades en de beheerskosten;</li> <li>- het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van de beheersmaatregelen voor de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen;</li> <li>- het expliciet vastleggen wat de impact van de bevindingen vanuit de IT audit is op de getrouwheid van het financieel verslag en de rechtmatigheid van de schades en de beheerskosten;</li> <li>- het onder de scope van het autorisatiebeheer brengen van de productiesystemen AZR en Mapper;</li> <li>- het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van het change management van de geautomatiseerde systemen;</li> <li>- het expliciet vastleggen wat de impact van de bevindingen vanuit de IT audit is op de getrouwheid van het financieel verslag en de rechtmatigheid van de schades en de beheerskosten;</li> <li>- het in het vervolg opstellen van een rapportage naar aanleiding van de audit op de conversie.</li> </ul>

Bron: NZa

De concessiehouder moet zich over de gevraagde verbeterpunten verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2013.

## 1.4 Opvolging verbeterpunten 2011

### 1.4.1 Opvolging verbeterpunten 2011

In het rapport uitvoering AWBZ 2011 heeft de NZa verbeterpunten opgenomen als de concessiehouder op de betreffende prestatie-indicator een onvoldoende of een voldoende heeft gerealiseerd. Zorgkantoor Friesland B.V. heeft de verbeterpunten 2011 met betrekking tot de prestatie-indicator Zorg in natura zodanig gerealiseerd dat de betreffende prestatie-indicator in 2012 op goede wijze is uitgevoerd. De NZa gaat ervan uit dat de nog resterende verbeterpunten voor deze indicator alsnog worden gerealiseerd (zie hoofdstuk 3).

## 1.5 Oordeel NZa over de rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven

### 1.5.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2012

De NZa concludeert dat de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten over 2012 van € 8.240.000 rechtmatig zijn met uitzondering van de beheerskosten voor de uitvoering van de AWBZ voor



eigen verzekerden. Hierover moet door de concessiehouder nog een separate verantwoording inclusief accountantsverklaring verstrekken aan het CVZ. In afwachting hiervan schort de NZa haar oordeel over deze post op.

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2012 bedraagt € 1.043.000 negatief. De negatieve reserve AWBZ wordt in 2012 vooral veroorzaakt door het negatieve budgetresultaat beheerskosten ad € 1.144.000. De NZa merkt op dat in dit budgetresultaat het budget UAZ 2012 ad € 762.000 niet is meegenomen, terwijl de kosten voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerde wel in de beheerskosten zijn verantwoord. De NZa wijst er op dat de continuïteit van Zorgkantoor Friesland B.V. in gevaar kan komen als gevolg van een oplopend negatieve reserve AWBZ. Graag wordt de NZa tussentijds door de concessiehouder op de hoogte gehouden van de plannen om de budgettekorten de komende jaren terug te dringen inclusief de realisatie van deze plannen.

Het in 2012 behaalde rendement op tijdelijk overtollige middelen PGB geeft geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.

### **1.5.2 Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2012**

Concessiehouder Zorgkantoor Friesland B.V. heeft de schaden AWBZ voorgaande jaren in de eerste versie van de financiële verantwoording de balanspost 2011 ten onrechte niet teruggedraaid. In de eerste versie van de financiële verantwoording waren hierdoor de schaden AWBZ voorgaande jaren en de bijdragen CVZ € 23.487.000 te hoog verantwoord. De concessiehouder heeft, gezien de fout de tolerantie van 1% overschrijdt, een herziene financiële verantwoording inclusief nieuwe controleverklaring aangeleverd waarin deze fout is gecorrigeerd.

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies (€ 1.042.160.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 1.035.059.000) over 2012 in de herziene financiële verantwoording rechtmatig zijn, met uitzondering van de hierna opgenomen onrechtmatigheden en onzekerheden over de rechtmatigheid.

De NZa concludeert dat de concessiehouder in de bestuurlijke verantwoording de volgende onzekerheden heeft opgenomen in de foutentabel:

- onzekerheid ad € 985.000 als gevolg van onderhanden materiële controles;
- geëxtrapoleerde onzekerheid ad € 313.000 betreffende een onderhanden PGB/VPZ controle.

De concessiehouder heeft op dit moment bovenstaande controles afgerond. De concessiehouder geeft aan dat de geconstateerde fouten zijn gecorrigeerd in de ingediende maanddeclaraties of bij de ingediende nacalculatie. De concessiehouder zal deze fouten in de financiële verantwoording 2013 corrigeren.

### **1.5.3 Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2011**

De NZa concludeert op basis van de bevindingen in hoofdstuk 4 dat het onderzoek naar de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven over het jaar 2011 is afgedaan. De NZa merkt wel op dat de concessiehouder in het vervolg alle fouten, ongeacht de omvang, moet corrigeren.

## **1.6 Maatregel**

De NZa zal maatregelen treffen voor de goede uitvoering van de AWBZ. Zorgkantoor Friesland B.V. wordt hierover in een afzonderlijke brief geïnformeerd. Het betreft de volgende onderwerpen:

### **1.6.1 Bevoorschotting op basis van realisatie**

De NZa zal Zorgkantoor Friesland B.V. ook vragen om haar periodiek te informeren over de realisatie van de maandelijkse aanpassing van de bevoorschotting op basis van de gerealiseerde productie van de zorgaanbieder.

### **1.6.2 Openstaande vorderingen PGB**

Per 31 december 2012 bedraagt het saldo vorderingen op budgethouders PGB € 4.628.000. De NZa zal Zorgkantoor Friesland B.V. ook vragen om haar periodiek te informeren over zijn inspanningen en de resultaten hiervan om de openstaande vorderingen te incasseren.

### **1.6.3 Wettelijke reserve AWBZ**

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2012 bedraagt negatief € 1.043.000. De NZa merkt op dat in dit budgetresultaat het budget UAZ 2012 ad € 762.000 niet is meegenomen, terwijl de kosten voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerde wel in de beheerskosten zijn verantwoord. Indien dit budget in de stand van de wettelijke reserve AWBZ wordt meegenomen dan bedraagt de wettelijke reserve AWBZ negatief € 281.000.

De NZa zal Zorgkantoor Friesland B.V. verzoeken om de negatieve wettelijke reserve AWBZ binnen een bepaalde termijn om te buigen in een positieve wettelijke reserve en haar periodiek hierover te informeren.

## 2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2012

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk heeft de NZa de bevindingen en conclusies opgenomen van het onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2012.

In de paragrafen over de uitkomsten van de prestatiemetingen (paragrafen 2.2.1, 2.3.1, 2.4.1, 2.5.1, 2.6.1, 2.7.1, 2.8.1, 2.9.1, 2.10.1, 2.11.1, 2.12.1 en 2.13.1) vermeldt de NZa in de rechterkolom van de tabellen het aantal punten dat een concessiehouder heeft gescoord voor elk toetsingsaspect. Als niet het volledige aantal punten is gescoord, wordt op een afzonderlijke regel direct onder het toetsingsaspect opgenomen waarop de concessiehouder zich moet verbeteren om het volledige aantal punten te scoren.

Onder de tabellen is voor alleen de integraal onderzochte prestatie-indicatoren het oordeel opgenomen.

Bij een voldoende score moet de concessiehouder de genoemde verbeterpunten doorvoeren. Bij een goede score adviseert de NZa de concessiehouder de (eventueel) genoemde verbeterpunten door te voeren.

De NZa heeft verder verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op de onderzochte prestatie-indicatoren.

In de paragrafen 2.2.2, 2.3.2, 2.4.2, 2.5.2, 2.6.2, 2.7.2, 2.9.2 en 2.10.2 vermeldt de NZa de uitkomsten van verdiepende vragen met betrekking tot de betreffende prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de prestatiemeting, maar zijn bedoeld om beleidsinformatie te genereren.

### 2.2 Prestatie-indicator 1: Zorg in natura

#### 2.2.1 Prestatiemeting Zorg in natura

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Zorg in natura.

**Tabel 4. Prestatiemeting 2012 Zorg in natura**

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.	<b>Het op de website beschikbaar stellen van algemene publieksinformatie over het zorgaanbod</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder stelt informatie op de website beschikbaar die de belanghebbende kan raadplegen over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de gecontracteerde zorgaanbieders per zorgkantoorregio, hun locaties en hun doelgroepen en/of zorgaanbod;</li> <li>- meer specifieke gegevens van - nagenoeg - alle individuele gecontracteerde zorgaanbieders;</li> <li>- de wachttijden bij de gecontracteerde zorgaanbieders.</li> </ul> <p>De concessiehouder creëert een werkbare zoekfunctie op indicatie en / of grondslag, en op afstand.</p>	1	0,6
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het leggen van een eenduidige koppeling tussen locatie- en stichtingenniveau;</li> <li>- het aanbieden voor alle zorgaanbieders van zowel informatie over certificering cliënttevredenheid als etalage-informatie;</li> <li>- het in de Zorgatlas hanteren van voor de cliënt begrijpelijke wachtlijst-informatie. Onwaarschijnlijke wachtlijsten moeten worden onderzocht. Het op de website publiceren van separate (geen onderdeel van de Zorgatlas) wachtlijst-informatie is niet toereikend, omdat dat voor de cliënt onvoldoende transparant is;</li> <li>- het verder verbeteren van de zoekfunctie voor de GHZ-sector. De zoekinformatie voor de GHZ-sector levert geen eenduidige informatie op welke zorg (GHZ-zorg of andere AWBZ-zorg) door de zorgaanbieder wordt geleverd.</li> </ul>		
B.	<b>Het beschikbaar stellen van een publieksfolder aan voorzieningen voor eerstelijnszorg in de regio over hoe het werkt in de AWBZ</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder verstrekt de publieksfolder op actieve wijze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aan voorzieningen van eerstelijnszorg;</li> <li>- aan nieuwe cliënten;</li> <li>- aan cliëntenorganisaties.</li> </ul> <p>De folder bevat informatie over de indicatieaanvraag, de keuze tussen zorg in natura, PGB of VPZ, de verschuldigde eigen bijdragen en de zorg waarop een verzekerde recht heeft. De folder besteedt ook aandacht aan kwetsbare groepen. De verstrekte informatie is actueel en verwijst naar de websites van het zorgkantoor en relevante organisaties.</p>	1	0,75
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het in de folder opnemen van informatie over de rol van de huisarts en de transfervernpleegkundigen bij het verkrijgen van een indicatie.</p>		
C.	<b>Het beantwoorden van vragen van AWBZ-verzekerden over welke passende intramurale zorg waar verkrijgbaar is</b>		
C.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder informeert verzekerden aantoonbaar via de website over de ZZP's en VPT's die elke gecontracteerde intramurale zorgaanbieder kan leveren.</p>	0,25	0,1
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het in de Zorgatlas opnemen van eenduidige informatie over op locatieniveau te leveren ZZP's. De huidige informatievoorziening over zorgaanbieders is deels op locatieniveau, deels op stichtingenniveau en deels op AGB-codenniveau. Voor een cliënt is dit onvoldoende transparant.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
C.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder vraagt in de overeenkomst voor 2013 met de zorgaanbieder dat deze:</p> <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 '<i>Daar hebt u recht op in een AWBZ-instelling</i>' in acht neemt.</li> </ul> <p>De concessiehouder verlangt in de overeenkomst 2013 van de zorgaanbieder dat het beleid voor aanvullende diensten en de hoogte van de bijbetalingen overlegd worden met de cliëntenraad, en monitort dit.</p> <p>De concessiehouder neemt in 2012 zo nodig actie bij klachten en eigen bevindingen over bijbetalingen en legt dit aantoonbaar vast.</p>	0,75	0,75
D.	<p><b>Ervoor zorgen dat AWBZ-verzekerden hun aanspraken kunnen realiseren overeenkomstig aard, inhoud en omvang zoals in het indicatiebesluit is vastgesteld</b></p>		
D.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- maakt in de overeenkomst 2013 met de zorgaanbieder afspraken over een tijdig en juist gebruik van de berichten voor de wachtlijstregistratie, inclusief de tijdige en juiste terugmelding van wachtenden bij de concessiehouder, indien deze niet binnen de Treeknorm in zorg kunnen worden genomen;</li> <li>- controleert in 2012 periodiek of zorgaanbieders de afspraken naleven over de tijdigheid en juistheid van het berichtenverkeer AZR, conform het meest recente Handboek en de landelijke afspraken over de zorgtoewijzing en verbindt hieraan consequenties. Het betreft de tijdigheid van zijn ontvangst van de MAZ en MUT berichten ten opzichte van de werkelijke datum van inzorgneming respectievelijk de mutatie (einde zorg, overplaatsing) en de afwezigheid van MAZ / MUT berichten bij controle op de declaratie op cliëntniveau of via een periodieke afstemming van de wachtlijst-informatie en wachtstatus met de zorgaanbieder ;</li> <li>- biedt de verzekerde in 2012 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 neemt hierbij de taken van de intramurale dossierhouder in ogenschouw die het contact met hem en de verzekerde onderhoudt in geval van overbruggingszorg, regelzorg, alternatieve zorg en transferzorg;</li> <li>- draagt in 2012 voor de landelijke wachtlijstregistratie van het CVZ zorg voor een correcte, maandelijkse doorlevering van het landelijk aanleverbericht AW317.</li> </ul>	2	2
D.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2012 aan de hand van het berichtenverkeer in AZR zicht op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de geldige, lopende intramurale indicaties die nog niet aan de zorgaanbieders zijn toegewezen, en onderneemt hierop actie voor de zorgtoewijzing;</li> <li>- welke door hem toegewezen intramurale indicaties inmiddels zorg geleverd wordt (intramurale zorg, langdurig extramuraal Zorg in natura, overbruggingszorg) en op welke nog niet. De concessiehouder maakt daarbij gebruik van de uit AZR te genereren overzichten per zorgaanbieder van wachtende cliënten, hun wachtduur en wachtstatus en stemt deze met de zorgaanbieder af.</li> </ul>	2	2

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
D.3	<b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in overeenkomsten met zorgaanbieders expliciet 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> <li>- de concessiehouder een regionaal protocol voor crisiszorg voor alle regio's hanteert.</li> </ul>	2	2
E.	<b>Aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden, zorgaanbieders en gemeenten in de zorgregio en zorg dragen voor de informatievoorziening die op de regionale situatie is afgestemd</b>		
E.1	<b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2012 met regionale organisaties van cliënten en instanties op regelmatige basis overlegd over knelpunten, cliëntwensen en ontwikkelingen in de AWBZ-zorg en deze heeft geanalyseerd, om – zo nodig - de kwaliteit van AWBZ-zorg te bevorderen.	0,5	0,5
E.2	<b>Norm:</b> De concessiehouder spant zich aantoonbaar in tot samenwerking met gemeenten, CIZ, BJZ, zorgaanbieders en zorgverzekeraars in zijn zorgregio's, om: <ul style="list-style-type: none"> <li>- in 2012 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 het inkoopbeleid 2013 de uitkomsten van deze afstemming te betrekken.</li> </ul>	0,5	0,5
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>9,2</b>

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Zorg in natura goed uitgevoerd. De NZa adviseert de concessiehouder de vermelde verbeterpunten te realiseren.

### 2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Zorg in natura, heeft de NZa verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op deze prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de prestatiemeting, omdat het veelal activiteiten betreft die landelijk nog in ontwikkeling zijn en waarvoor nog geen bruikbare toetsingsnormen beschikbaar zijn.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

*A. Vanaf 1 januari 2013 worden geen indicaties meer afgegeven voor de ZZP's VV1 en 2 en VG1 en 2. Vanaf 1 januari 2014 ook niet meer voor VV3. Mogelijk leidt dit tot strategisch wachtlijstgedrag door cliënten langer op de wachtlijst te houden en niet terug te geven aan de concessiehouder. Heeft de concessiehouder signalen dat dit inderdaad het geval is?*

De concessiehouder heeft geen signalen ontvangen dat verzorgingshuizen geneigd zijn om geïndiceerden langer als 'wenswachtend' op hun wachtlijst vast te houden, om toekomstige leegloop te voorkomen.

De concessiehouder is van mening dat de CIBG-toelatingen erg gemakkelijk worden omgezet. De concessiehouder krijgt uitsluitend een brief waarin een en ander wordt medegedeeld. De concessiehouder informeert de zorgaanbieder schriftelijk dat de concessiehouder, ondanks de omzetting' de betreffende zorg niet gaat inkopen. De concessiehouder heeft ook telefonisch contact gezocht met de IGZ en gevraagd of de IGZ op de hoogte was van omzetting van een verzorgingshuis naar een verpleeghuis.

De concessiehouder heeft ook een brief van een zorgaanbieder gezien, die mensen oproept zich snel te laten indiceren, omdat het straks niet meer mogelijk is voor ZZP 3 of ZZP 4. Mogelijk is dit het topje van de ijsberg, de meeste beïnvloedingsacties zullen minder aantoonbaar zijn ('gesprekken aan de keukentafel').

*B. Verwacht de concessiehouder een toenemende vraag naar spoedzorg, onplanbare extramurale AWBZ zorg, zwaardere intramurale indicaties, toename van extramurale behandeling (door omzetting van persoonlijke verzorging)?*

Spoedzorg: De concessiehouder verwacht een toename, zeker als ZZP 3 en ZZP 4 niet meer geïndiceerd worden.

Onplanbare zorg: De concessiehouder kan nog geen uitspraak doen over de gevolgen voor onplanbare zorg.

Zwaardere intramurale indicaties: De concessiehouder verwacht dat door het aanmelden van 80-plussers via zorgaanbieders, het risico bestaat dat hier hogere indicaties uit voortkomen. De concessiehouder heeft begin 2013 hierover een gesprek gehad met het CIZ. Het CIZ ziet geen trend van 'upcoding' ZZP's in haar database. Het CIZ doet altijd een globale toets op de aanmeldfunctionaliteit op afwijkingen groter dan 15%. Ook 'extra recrutering van zware thuiszorgcliënten' is niet gesignaleerd (nog geen analyse op toegepast). Dat zorgaanbieders uitbreiding van een toelating aanvragen, lijkt meer gericht op de langere termijn.

*C. Heeft de concessiehouder concrete stappen in de organisatie van spoedzorg en onplanbare zorg?*

Spoedzorg/onplanbare zorg: Landelijke ontwikkelingen ten aanzien van spoedzorg dan wel onplanbare zorg kunnen uiteraard tot wijziging van beleid leiden. Op dit moment continueert de concessiehouder het eigen beleid.

*D. De overheid is van plan om grote delen van de AWBZ per 1 januari 2015 over te hevelen naar gemeenten. Samenwerking met gemeenten bij de dienstverlening aan de cliënt en de zorginkoop wordt nog belangrijker. Ziet de concessiehouder hierbij grote verschillen in de mate van samenwerking tussen hem en gemeenten?*

De concessiehouder participeert samen met wethouders en beleidsambtenaren in diverse overleggen, om op een ordentelijke wijze en in goede harmonie, de zorgaanspraken van verzekerden en burgers te continueren. De concessiehouder maakt geen onderscheid tussen grote en kleine gemeenten. Het valt de concessiehouder wel op dat in het proces van bewustwording grote gemeenten verder zijn dan kleinere gemeenten. Een mogelijke verklaring hiervoor is het verschil in ambtenarencorps, en daarmee gepaard gaande specialisatiegraad. Overigens was er van oudsher al een overlegcircuit dat met het oog op de komende decentralisatie is geïntensiveerd. Voor de toekomst gaat de

concessiehouder uit van een subregionale inkoop voor de AWBZ-verblijfszorg, waarbij in een meerjarig traject gemeenten, aanbieders en de uitvoerder van de romp AWBZ op basis van vraag-analyse moeten komen tot capaciteitsplanning en inzet van mensen en middelen.

## **2.3 Prestatie-indicator 2: Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg**

### **2.3.1 Prestatiemeting Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg**

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg.



**Tabel 5. Prestatiemeting 2012 Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg**

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.	<b>Cliëntgerichte en cliëntvriendelijke informatieverstrekking aan budgethouders</b>		
A.1	<p><b>Norm:</b></p> <p>De concessiehouder verstrekt actuele informatie voor het PGB respectievelijk Vergoedingsregeling persoonlijke zorg (VPZ) geïnteresseerden over het verschil tussen ZIN, PGB én VPZ, hoe zorg in te kopen, de criteria waaraan een aanvrager bij voorkeur moet voldoen en de PGB zelftest en PGB hulpgids van de belangenvereniging Per Saldo.</p> <p>De concessiehouder besteedt in het kader van voorlichting over de VPZ specifiek aandacht aan de bijzondere voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de 10-uren eis;</li> <li>- een onderzoek door de verzekerde, voorafgaande aan de aanvraag, of er zorg in natura beschikbaar is en de hulp van de concessiehouder hierbij;</li> <li>- het indienen van een budgetplan waaruit blijkt dat het AWBZ-verzekerde zorg betreft en niet uitsluitend zorg vanwege door de concessiehouder gecontracteerde zorgaanbieders.</li> </ul> <p>De concessiehouder geeft beginnende PGB- respectievelijk VPZ-houders actuele informatie via:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voorlichtingsbijeenkomsten voor verzekerden aan wie recent een PGB respectievelijk een VPZ is toegekend, nodigt elke 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>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>De concessiehouder heeft de PGB- respectievelijk de VPZ-houder tijdig via een brief en via de website op heldere wijze geïnformeerd over wijzigingen die worden doorgevoerd in de subsidieregelingen. De concessiehouder heeft steeds de meest recente (maximaal drie weken na publicatie) informatiebulletins van het CVZ op de website beschikbaar.</p>	2	2
A.2	<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 in verband met 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 uitbetalingsdata.</li> </ul>	0,5	0,4
	<p><b>Verbeterpunt:</b></p> <p>Het benoemen van voor de budgethouder specifieke onderdelen in de brief, ter bevordering van de leesbaarheid en begrijpbaarheid van de brief. In de brief is nu een standaard paragraaf opgenomen, waarbij alle mogelijke rechten en verplichtingen zijn opgenomen (geen maatwerk).</p>		
A.3	<p><b>Norm:</b></p> <p>De concessiehouder vermeldt 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- respectievelijk de VPZ-storting betrekking heeft.</p>	0,5	0,5

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.4	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder verzendt de verantwoordingsformulieren uiterlijk één week voor afloop van de verantwoordingsperiode aan de betreffende budgethouders.</p>	0,5	0,3
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het tijdig versturen van de brief, waarin de budgethouder geïnformeerd wordt over het verstrijken van de geldigheidsduur van het indicatiebesluit. Het tijdig verzenden van deze brief heeft niet in alle gevallen plaatsgevonden.</p>		
A.5	<p><b>Norm:</b> De aan de budgethouder toegezonden verantwoordingsformulieren worden vergezeld van een brief. Deze brieven moeten cliëntvriendelijk geschreven zijn en de budgethouders ondersteunen bij het invullen van verantwoordingsformulieren.</p> <p>De brief is opgesteld volgens normen van eenvoudige taal (op B1 niveau). In de brief is een telefoonnummer en e-mailadres opgenomen voor het stellen van vragen (dan wel andere mogelijkheid om elektronische vragen te stellen).</p> <p>In de brief is aangegeven over welke periode de budgethouder zich moet verantwoorden. De brief bevat informatie over de verwachte reactietermijn van het zorgkantoor.</p>	0,5	0,2
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het in de brief specifiek opnemen van de periode waarover de budgethouder zich naar het zorgkantoor moet verantwoorden. De verantwoordingsstermijnen worden niet specifiek genoemd, wat de budgethouder niet ondersteunt bij het invullen van het verantwoordingsformulier;</li> <li>- het opnemen van een identiek kenmerk in de brieven, waardoor bij correspondentie tussen budgethouder en concessiehouder geen verwarring omtrent brief kan ontstaan.</li> </ul>		
A.6	<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>	0,5	0,3
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het zichtbaar vastleggen van uitgevoerde controles met verwijzingen naar de intern gehanteerde checklist zodat het bestaan en de werking van de uitgevoerde werkzaamheden vastgesteld kan worden. Op dit moment wordt een checklist voor globale controle gehanteerd, echter waarop geen zichtbare vastlegging per controleobject is gemaakt van welke medewerker die werkzaamheden heeft uitgevoerd en wat de uitkomsten zijn.</p>		
A.7	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder informeert de budgethouder 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>	1	1
A.8	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder biedt de budgethouders de mogelijkheid vanaf 1 januari 2012 de verantwoordingsformulieren 2011 en 2012 ook elektronisch in te dienen (via DigiD, Epgb dan wel e-mail).</p>	0,5	0,5
B.	<p><b>Faciliteren van budgethouders bij verzilveren recht op zorg</b></p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
B.1	<b>Norm:</b> De NZa verstrekt de maximale score als de concessiehouder het PGB-budget toekent binnen 28 dagen nadat de aanvraag is ontvangen en de helft van de score als de toekenning binnen 42 dagen plaatsvindt.	2	2
	<b>Bevinding:</b> Het gemiddeld aantal kalenderdagen tussen de ontvangst van de aanvraag PGB en toekenning van het PGB-budget bedraagt voor zorgregio Friesland 7 dagen.		
B.2	<b>Norm:</b> De NZa verstrekt de maximale score als het percentage PGB-beschikkingen dat binnen 6 weken na de ontvangst van het aanvraagformulier is afgegeven meer dan 95% bedraagt.	2	2
	<b>Bevinding:</b> Het percentage PGB-beschikkingen dat binnen 6 weken na ontvangst van het aanvraagformulier is afgegeven bedraagt voor Zorgkantoor Friesland 99,3% voor PGB en 100% voor VPZ.		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>9,2</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling Persoonlijke zorg goed uitgevoerd. De NZa adviseert de concessiehouder de vermelde verbeterpunten te realiseren.

### 2.3.2 Verdiepende vragen onderzoek Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toespitst op de prestatie-indicator Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg, heeft de NZa verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op deze prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de prestatiemeting, omdat het veelal activiteiten betreft die landelijk nog in ontwikkeling zijn en waarvoor nog geen bruikbare toetsingsnormen beschikbaar zijn.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

#### A. Voorlichting concessiehouders PGB-fraude aanpak

Bij alle nieuwe budgethouders worden er bewuste-keuze gesprekken gevoerd en daarnaast gesprekken na twee en vijf maanden na toekenning. Medewerkers van de concessiehouder hebben met betrekking tot het voeren van deze specifieke bewuste-keuze gesprekken een opleiding gevolgd. Daarnaast vindt interne afstemming plaats over ervaringen met betrekking tot de voorlichting via overlegstructuur en via een kennisnet (intranet).

#### B. Rechten en plichten van budgethouders

In de toekenningsbeschikking zijn de verplichtingen van de budgethouder jegens de concessiehouder puntsgewijs opgenomen. In de

toekenningsbeschikking is geen passage opgenomen over de verplichting om verblijf langer dan zes weken in het buitenland te melden.

Daarnaast besteedt de concessiehouder aandacht aan de rechten en plichten van budgethouders tijdens de contactmomenten met de budgethouder (voorlichtingsbijeenkomsten, bewuste-keuze gesprekken, telefonisch contact). De rechten van de budgethouder zijn ook in deze toekenningsbeschikking opgenomen, waaronder de mogelijkheid tot bezwaarprocedure.

### *C. Aparte bankrekening*

De concessiehouder geeft aan dat voor budgethouders met een verblijfsindicatie een aparte bankrekening wordt gebruikt voor storting van het budget. Hierdoor is de budgethouder verplicht een aparte bankrekening te gebruiken alleen voor PGB inkomsten en uitgaven. In het informatiebulletin december 2011 van CVZ werd de budgethouder hierover geïnformeerd. Bij dit informatiebulletin heeft de concessiehouder voor de mensen met een ZZP-indicatie een wijzigingsformulier voor hun bankrekening en een antwoordvelop toegevoegd, zodat zij de wijziging eenvoudig konden doorgeven. Op het aanvraagformulier PGB is een extra aandachtspunt vermeld voor deze nieuwe verplichting.

## **2.4 Prestatie-indicator 3: Klachtenbehandeling**

### **2.4.1 Prestatiemeting Klachtenbehandeling**

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Klachtenbehandeling.

**Tabel 6. Prestatiemeting 2012 Klachtenbehandeling**

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.	<b>Informatieverstrekking over mogelijkheid indienen van een klacht</b>		
	<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.	0,5	0,25
	<b>Verbeterpunten:</b> - Het nog meer benadrukken dat de cliënt ook bij de zorgkantoor een klacht over een AWBZ-zorgaanbieder kan indienen. Het aanbieden van de mogelijkheid met het zorgkantoor contact op te nemen, nadat de behandeling van de klacht door de zorgaanbieder nog steeds niet naar tevredenheid is opgelost, maakt dat een cliënt niet snel contact op zal nemen met het zorgkantoor; - het juist informeren van cliënten bij welke instantie zij klachten over de uitvoering van de eigen bijdrage regeling kunnen indienen.		
B.	<b>Organisatie</b>		
	<b>Norm:</b> 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.	0,5	0,25
	<b>Verbeterpunt:</b> Het actualiseren van de werkinstructie en het (niet gedateerde) klachtenreglement.		
C.	<b>Uitvoering klachtenbehandeling</b>		
C.1	<b>Norm:</b> De concessiehouder heeft alle ontvangen klachten schriftelijk bevestigd, tenzij deze binnen drie weken zijn beantwoord. Dit geldt voor zowel schriftelijke als per e-mail ontvangen klachten.  <b>Het schriftelijk bevestigen van alle klachten vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</b>	1	0,5
	<b>Verbeterpunt:</b> Het schriftelijk bevestigen van alle klachten die niet binnen drie weken kunnen worden beantwoord. De ontvangst van twee (van de acht) klachten is in 2012 niet schriftelijk bevestigd.		
C.2	<b>Norm:</b> De concessiehouder heeft alle klachten binnen zes weken afgehandeld, dan wel bij verdaging binnen 10 weken.  <b>Het binnen 6 weken afhandelen van klachten vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</b>	2,5	2,5

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
C.3	<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>	1	0,75
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het in alle gevallen de klager in de gelegenheid stellen om te worden gehoord. Bij één klacht is de klager niet (aantoonbaar) in de gelegenheid gesteld te worden gehoord.</p>		
C.4	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in de schriftelijke reactie op de klachten de bevindingen van het onderzoek naar de klacht, een gemotiveerd oordeel en een eventuele conclusie opgenomen. Bij de conclusie moet de concessiehouder in ieder geval aangeven of de klacht gegrond of ongegrond is verklaard.</p> <p>De concessiehouder gaat in de schriftelijke reacties in op alle elementen van de klacht, ook op de door de klager genoemde bedragen. Hij stelt de beleving van de klager centraal.</p> <p>Uit de klachtendossiers blijkt dat de concessiehouder zich heeft ingespannen om, indien van toepassing, het probleem van de klager te helpen lossen.</p>	1	0,65
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het in de klachtenafhandelingsbrief ingaan op alle elementen van de klacht (ook op de door de klager genoemde bedragen) en de beleving van de klager in alle gevallen centraal stellen.</p>		
C.5	<p><b>Norm:</b> 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 is aangegeven binnen welke termijn dit moet gebeuren.</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>	1	1
C.6	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder stuurt klachten over de kwaliteit van geleverde zorg door aan de zorgaanbieder. De concessiehouder volgt dan de afhandeling van de klachten actief, dat wil zeggen dat de concessiehouder zelf zo nodig 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>	1	1
C.7	<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>	0,5	0,5

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<b>Verbetermanagement klachten</b>		
D.	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.  De concessiehouder heeft naar aanleiding van ontvangen klachten (aantoonbaar) concrete verbeteracties uitgevoerd.	1	0,5
	<b>Verbeterpunt:</b> Het uitbreiden van de managementrapportages met naast informatie over aantal ontvangen klachten, de aard van de klachten ook zo mogelijk een (kwantitatieve) analyse van de klachten. De concessiehouder heeft in 2012 maar acht klachten ontvangen, maar dit rechtvaardigt de (te) summiere managementrapportages niet. De concessiehouder beschikt niet over een afzonderlijke managementrapportage AWBZ. De huidige (algemene) managementrapportage vindt plaats op concernniveau. De NZa pleit voor een rapportage op concessiehouderniveau, waarin alleen AWBZ gerelateerde informatie is opgenomen.		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>7,9</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Klachtenbehandeling voldoende uitgevoerd. De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren.

Bij het beoordelen van de normen voor de klachtenbehandeling is de NZa primair uitgegaan van de schriftelijke documentatie. Het klachtenbehandelingsproces bevat ook andere niet zichtbaar vastgelegde handelingen. De aantoonbaarheid hiervan maakt het onmogelijk deze bij de beoordeling te betrekken.

#### 2.4.2 Verdiepende vragen onderzoek Klachtenbehandeling

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Klachtenbehandeling, heeft de NZa verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op deze prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de prestatiemeting, omdat het veelal activiteiten betreft die landelijk nog in ontwikkeling zijn en waarvoor nog geen bruikbare toetsingsnormen beschikbaar zijn.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

##### *Aantal en aard van de ontvangen klachten*

De concessiehouder heeft in 2012 in totaal acht klachten ontvangen. Deze kunnen als volgt worden onderverdeeld:

**Tabel 8. Aantal en aard van de klachten**

Aard van de klacht	Aantal
Functioneren zorgaanbieders	2
Functioneren zorgkantoren	-
Persoonsgebonden budgetten	6
Overige	-
Totaal	8

Bron: NZa

De concessiehouder faciliteert de klachtenbehandelaars zodat zij beschikken over specifieke deskundigheid om klachten te kunnen behandelen (bijvoorbeeld door opleidingen, bijscholing en/of ervaring).

## 2.5 Prestatie-indicator 4: Contracteerproces

### 2.5.1 Prestatiemeting Contracteerproces

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Contracteerproces.

**Tabel 7. Prestatiemeting 2012 Contracteerproces**

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
C.	<b>De concessiehouder sluit overeenkomsten met toegelaten extramurale zorgaanbieders die voldoen aan de algemene geschiktheidseisen</b>		
	<b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in zijn contracteerbeleid 2013 duidelijk aangegeven: <ul style="list-style-type: none"> <li>- welke voorwaarden niet (geheel) gelden of welke afwijkend worden toegepast bij nieuwe extramurale aanbieders;</li> <li>- welke voorwaarden en criteria hij specifiek stelt aan de nieuwe extramurale aanbieders.</li> </ul>	2	2
	<b>TOTAAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Bron: NZa

### 2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Contracteerproces, heeft de NZa verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op deze prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de prestatiemeting, omdat het veelal activiteiten betreft die landelijk nog in ontwikkeling zijn en waarvoor nog geen bruikbare toetsingsnormen beschikbaar zijn.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:



*De overheid hecht belang aan het aantrekken van nieuw, innovatief zorgaanbod. Het gaat hierbij niet alleen om nieuwe zorgaanbieders, maar ook om innovatief aanbod bij bestaande zorgaanbieders. Welk inkoopbeleid voert de concessiehouder in 2014 ten aanzien van innovatie?*

Algemeen: De concessiehouder stimuleert via een tariefopslag innovatieve projecten op het gebied van maatschappelijk verantwoord ondernemen. Het betreft niet alleen zaken als zuinig omgaan met energie, bewust afvalbeleid of het streven naar een papierloze organisatie. Maar ook een goede begeleiding van personeel en het creëren van veilige werkomstandigheden. De concessiehouder staat slechts nieuwe zorgaanbieders toe voor de NAH, LVG en/of autisme.

Zelfstandige zonder personeel (zzp'er): De concessiehouder slaagde er pas in een tweede ronde in om zzp'ers te contracteren. Er waren negentien aanmeldingen, achttien daarvan zijn gecontracteerd (één zzp'er voldeed niet aan de kwaliteitscriteria). In maart 2013 heeft er een startbijeenkomst plaatsgevonden, maar de concessiehouder heeft nog geen ervaringen uit de praktijk. Wel heeft de concessiehouder de achterwachtplannen opgevraagd in verband met de zorgplicht. De maximale contracteersomvang van € 500.000 is voldoende.

DinZ fungeert als intermediair tussen de zzp'er en de concessiehouder. Een cliënt komt via CIZ bij DinZ als voorkeursaanbieder terecht. Er is nog geen mogelijkheid om een zorgconstructie te registreren waarbij meerdere zorgaanbieders zorg leveren. DinZ bewaakt bandbreedte indicatie. Declaraties vinden plaats op individuele AGB-code. Voor de formele controles is de tussenkomst van DinZ noodzakelijk (regelt onder meer MUZ- en MAZ-berichten). DinZ is niet nodig voor de materiële controle. Wie toezicht houdt op DinZ is nog niet duidelijk. De concessiehouder heeft hierin in ieder geval geen rol.

## 2.6 Prestatie-indicator 5: Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

### 2.6.1 Prestatiemeting Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte.

**Tabel 8. Prestatiemeting 2012 Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte**

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
B.	<b>Het gunnen van een deel van de extramurale V&amp;V productie op basis van relatieve prestaties</b>		
	<b>Norm:</b> De concessiehouder hanteert voor extramurale Verpleging en Verzorging zorg initiële productieafspraken 2013 in de ronde van 1 november 2012: <= 80% van de afspraken / het budget 2012 en dus tenminste 20% vrije ruimte.	1,5	1,5
	<b>TOTAAL</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>

Bron: NZa

## **2.6.2 Verdiepende vragen onderzoek Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte**

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte, heeft de NZa verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op deze prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de prestatiemeting, omdat het veelal activiteiten betreft die landelijk nog in ontwikkeling zijn en waarvoor nog geen bruikbare toetsingsnormen beschikbaar zijn.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

*In 2013 lijkt de vraag naar extramuraal zorgaanbod moeilijker te voorspellen dan in voorgaande jaren. De extramuralisering van de lichtere ZZP's voor verzorgingstehuis en het GVT voor VG legt mogelijk een druk op de extramuraal zorg. De effecten hiervan kunnen regionaal variëren. Voorziet de concessiehouder in voorspelbare verschuivingen van productie tussen intramurale zorgaanbieders en extramuraal zorgaanbieders als gevolg van de extramuralisering van de lagere ZZP's?*

De concessiehouder zal in de herschikkingsronde voor de zomervakantie wellicht niet het volledig beschikbare budget inzetten. Eventuele verschuivingen tussen intramuraal en extramuraal kunnen dan opgevangen worden bij de herschikking na de zomervakantie. Kortom, de concessiehouder voorziet in een extra tentatieve herschikking.

## **2.7 Prestatie-indicator 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening**

### **2.7.1 Prestatiemeting Innovatie en kwaliteit zorgverlening**

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening.

**Tabel 9. Prestatiemeting 2012 Innovatie en kwaliteit zorgverlening**

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.	<b>Het vormgeven van de ketenzorg Dementie</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder streeft naar samenhangende zorg die aansluit bij de behoeften van cliënten met dementie en hun naasten: De concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toont de aanwezigheid in 2012 aan van (Leidraad: tenminste twee) ketennetwerken in elke regio. Dit blijkt uit de aanwezigheid van een ondertekende ketenovereenkomst en een onderliggend actieplan van de ketenpartners. Op hoofdlijnen is hierin de fasering signalering, diagnose en levering van zorg conform de Leidraad uitgewerkt, en zijn ondermeer afspraken over signalering vanuit de eerste lijn, inzet van de case manager, en kwaliteit van het ketenproces;</li> <li>- Stimuleert in zijn zorginkoop 2013 van ketenzorg aansluiting op de zorgvraag bijvoorbeeld via structurele input van cliëntenorganisaties, deelname van de keten aan de Dementiemonitor mantelzorg, en via een op de doelgroep afgestemd zorgaanbod;</li> <li>- Bevordert in zijn zorginkoop 2013 preventie, bijvoorbeeld via afspraken met ketenpartners over het betrekken van de mantelzorg en ondersteuning van de mantelzorg, en via samenwerkingsafspraken met eerste en tweedelij Cure;</li> <li>- Werkt in 2012 met gemeenten samen, bijvoorbeeld bij informatievoorziening, preventie en ondersteuning vanuit de Wmo, de transitie van begeleiding naar de Wmo;</li> <li>- Spant zich in 2012 aantoonbaar in om de ketenzorgproductie passend te vergoeden binnen de mogelijkheden die de regelgeving biedt. Bijvoorbeeld via afspraken over de <ul style="list-style-type: none"> <li>- vergoeding van de ketenzorgproductie en het casemanagement;</li> <li>- verdeling van kosten en baten over gemeenten en ketenpartners AWBZ en Zvw.</li> </ul> </li> </ul>	2	2
B.	<b>Stimuleren van verbetertrajecten V&amp;V en GHZ</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in zijn inkoopbeleid 2013 opgenomen dat de zorgaanbieder – als de uitkomsten van een cliëntenraadpleging of rapportages over de kwaliteit van de zorg(organisatie) hiertoe aanleiding geven - tot verbetertrajecten komt, in samenspraak met de cliëntenraad.</p> <p>De concessiehouder volgt in 2012 bij elke zorgaanbieder die verbetertrajecten uitvoert de voortgang hiervan en de uitkomsten, en onderneemt zo nodig actie. Dit blijkt bijvoorbeeld uit verslagen en voortgangsrapportages per zorgaanbieder.</p>	1,5	1,5
C.	<b>Kwaliteitsborging V&amp;V</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beoordeelt bij de zorgaanbieder V&amp;V het kwaliteitssysteem, mede op basis van de uitkomsten 2010 / 2011 van cliëntervaringen en zorginhoudelijke indicatoren van het landelijk kwaliteitskader V&amp;V. De concessiehouder stelt in zijn zorginkoopbeleid 2013 eisen, bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aan minimale cliënttevredenheid en verbindt hieraan consequenties</li> <li>- aan minimale zorginhoudelijke kwaliteit en bespreekt afwijkingen met de zorgaanbieder.</li> </ul> </li> <li>- Monitort dat de zorgaanbieder in 2012 een kwaliteitssysteem toepast, dat landelijk en/of internationaal erkend is en gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing, bijvoorbeeld HKZ.</li> <li>- Monitort in 2012 de kwaliteit van gecontracteerde AWBZ-zorg ook via de rapportages van IGZ-inspecties en onderneemt, afhankelijk van de bevindingen in de IGZ-rapportages, vervolgacties.</li> </ul>	1,5	1,5
	<b>D. Kwaliteitsborging GHZ</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimuleert de toepassing van het nieuwe landelijk kwaliteitskader GHZ in zijn inkoopbeleid 2013, en neemt zich voor met de zorgaanbieder in 2013 bijvoorbeeld te bespreken: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de onderwerpen van de verbetertrajecten voor de kwaliteit op organisatieniveau op basis van de uitkomsten 2011 van de kerngegevens van pijler 1.</li> <li>- een eerste verkenning van de kwaliteit op cliëntniveau op basis van de eerste uitkomsten 2011 van de kerngegevens voor zorg met verblijf of behandeling groep, conform pijler 2A.</li> <li>- de keuze van het cliëntervaringsinstrument in samenspraak met de cliëntenraad en het implementatieplan voor de meting van cliëntervaring conform pijler 2B.</li> </ul> </li> <li>- Monitort dat de zorgaanbieder in 2012 een kwaliteitssysteem toepast, dat landelijk en/of internationaal erkend is en gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing, bijvoorbeeld HKZ.</li> <li>- Monitort in 2012 de kwaliteit van gecontracteerde AWBZ-zorg ook via de rapportages van IGZ-inspecties en onderneemt, afhankelijk van de bevindingen in de IGZ-rapportages, vervolgacties.</li> </ul>	2	1
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het stimuleren van de toepassing van het nieuwe landelijk kwaliteitskader GHZ. De concessiehouder zal in de inkoopprocedure 2014 de GHZ-zorgaanbieder expliciet vragen naar de deelname in het landelijk kwaliteitskader en heeft dit verbeterpunt opgepakt.</p>		
E.	<b>Maatschappelijke opvang</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder streeft naar samenhangende zorg die aansluit bij de behoeften van de doelgroep. De concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimuleert een integrale benadering van de zorg in 2013 in de centrumgemeenten, waarbij de instellingen streven naar één gezamenlijke trajectplanning- en coördinatie voor elke cliënt, en één casemanager;</li> <li>- Stimuleert in zijn zorginkoop 2013 aansluiting op de zorgvraag bijvoorbeeld door scholing van hulpverleners te bevorderen ten gunste van een meer kansgerichte benadering van cliënten en door een actieve samenwerking met hulpverleners;</li> <li>- Bevordert in zijn zorginkoop 2013 preventie afspraken met gemeenten, bijvoorbeeld over een goede overgang van de functie begeleiding naar de Wmo en andere maatregelen ter preventie van instroom;</li> <li>- Streeft naar innovatie op het gebied van de MO, bijvoorbeeld door onderzoek naar signalerings- en preventie-instrumenten en/ of methodiekontwikkeling in 2013 te stimuleren.</li> </ul>	1,5	0,5
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het verder stimuleren van zorgaanbieders tot concrete afspraken met andere organisaties in de (centrum)gemeenten over de gezamenlijke trajectplanning en coördinatie per cliënt;</li> <li>- het bevorderen van de aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag bijvoorbeeld door: <ul style="list-style-type: none"> <li>- scholing van medewerkers om de zelfredzaamheid van cliënten te stimuleren;</li> <li>- samenwerking tussen hulpverleners te bevorderen;</li> </ul> </li> <li>- het stimuleren van innovatie in de MO, bijvoorbeeld verbetering van signalering, preventie of methodieken.</li> </ul>		
	<b>F. Langdurige GGZ</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder zet in zijn zorginkoop 2013 in elke regio beleid uit op een of meer van deze thema's, en bevordert dit bijvoorbeeld door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De zorgaanbieder te vragen naar <ul style="list-style-type: none"> <li>- een vastgestelde visie / beleidsplan;</li> <li>- de nadere borging hiervan, bijvoorbeeld in de kwaliteitscyclus van de zorgaanbieder.</li> </ul> </li> <li>- De zorgaanbieder te stimuleren tot gerichte ondersteuning van één of meer thema's, bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> <li>- familiebeleid: informatiebijeenkomsten, cursussen, familieraad, vertrouwenspersoon;</li> <li>- inzet ervaringsdeskundigheid: training / coaching ervaringsdeskundigen;</li> <li>- dwangtoepassingen: initiatieven voor dwangreductie;</li> <li>- crisiskaart: informeren en faciliteren van cliënten voor het gebruik van de crisiskaart en afstemming van de crisiskaart met het signaleringsplan van de zorgaanbieder.</li> </ul> </li> </ul>	1,5	1,5
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>8</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening goed uitgevoerd. De NZa adviseert de concessiehouder de vermelde verbeterpunten te realiseren.

### 2.7.2 Verdiepende vragen onderzoek Innovatie en kwaliteit zorgverlening

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening, heeft de NZa verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het

moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op deze prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de prestatiemeting, omdat het veelal activiteiten betreft die landelijk nog in ontwikkeling zijn en waarvoor nog geen bruikbare toetsingsnormen beschikbaar zijn.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

*A. Gemeenten vormen in het kader van de Wmo een belangrijk onderdeel van de keten. Heeft de concessiehouder concrete samenwerkingsafspraken met centrum gemeenten over publieksinformatie?*

De concessiehouder wacht op de definitieve politieke keuzes en op duidelijkheid over de rol van de centrumgemeentes. Overigens is de samenwerking tussen de concessiehouder, zorgaanbieders en de reguliere gemeenten in TinZ-verband op dit punt al ver ontwikkeld.

*B. Ziet de concessiehouder hierbij grote verschillen in de mate van samenwerking met gemeenten?*

De concessiehouder is van mening dat de gemeenten die een grotere groep ambtenaren tot hun beschikking hebben een meer specialistisch niveau van kennisontwikkeling laten zien. De naderende overdrachtsdatum en de politieke ontwikkeling binnen de gemeenten met de komende gemeenteraadsverkiezing brengen wel een extra urgentie met zich mee in dit transitieproces.

*C. Vanaf 1 januari 2013 worden geen indicaties meer afgegeven voor de ZZP's VV1 en 2 en VG1 en 2. Vanaf 1 januari 2014 ook niet meer voor VV3. Hierdoor dreigt een zekere leegloop van vooral de verzorgingshuizen, maar ook bij de GVT-en voor VG. Wat zijn hiervan volgens de concessiehouder de gevolgen?*

De concessiehouder zal hier in de overeenkomsten aandacht aan besteden vooral ten aanzien van de productspecificaties, zodat er passende zorg wordt geleverd aan de huidige klanten met een laag ZZP. Deze ontwikkeling zal mogelijk tot gevolg hebben dat bewoners worden overgeplaatst.

*D. In 2008 werd de individuele begeleiding voor cliënten met de grondslag psychosociale problematiek uit de AWBZ geschrapt. De bijbehorende middelen werden overgeheveld naar de centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang (MO) omdat de betreffende cliënten zich vooral daar concentreren. Ziet de concessiehouder hierbij grote verschillen in de mate van samenwerking met gemeenten?*

Algemeen: De concessiehouder participeert samen met wethouders en beleidsambtenaren in diverse overleggen, om op een ordentelijke wijze en in goede harmonie, de zorgaanspraken van verzekerden en burgers te continueren, waarbij geen onderscheid gemaakt wordt tussen grote en kleine gemeenten.

Van oudsher was er al een overlegcircuit dat met het oog op de komende decentralisatie verder geïntensiveerd is. Voor de toekomst gaat de concessiehouder uit van een subregionale inkoop voor de AWBZ verblijfszorg waarbij in een meerjarig traject gemeenten, aanbieders en de uitvoerder van de romp AWBZ op basis van vraag-analyse moeten komen tot capaciteitsplanning en inzet van mensen en middelen.

## **2.8 Prestatie-indicator 7: Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura**

### **2.8.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura**

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura.

**Tabel 10. Prestatiemeting 2012 Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura**

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
A.	<b>Declaratieafspraken opnemen in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en concessiehouder</b>		
	<p><b>Norm:</b>                      De concessiehouder heeft in de overeenkomst voor 2013 afspraken opgenomen (in overeenstemming met de vigerende Regeling Declaratie AWBZ-zorg) over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de declaratie van geleverde zorg per declaratieperiode op prestatieniveau;</li> <li>- de declaratie van geleverde zorg per declaratieperiode op cliëntniveau;</li> <li>- de indiening van de productiemonitor over alle afgesproken prestaties</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft in de overeenkomst voor 2013 afspraken opgenomen over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- declaratie op cliëntniveau in overeenstemming met het uniforme Declaratieprotocol AWBZ;</li> <li>- de bevoorschotting van de declaratie op prestatieniveau en niet cliëntgebonden kosten door de concessiehouder via betaalopdrachten aan het CAK.</li> <li>- de bevoorschotting van de declaratie op cliëntniveau door de concessiehouder via betaalopdrachten aan het CAK.</li> <li>- de aanpassing van de bevoorschotting per declaratieperiode.</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft in de overeenkomst voor 2013 afspraken opgenomen over de aanpassing van de tarieven en verrekening indien de stand van de productiemonitor en/of de declaraties op cliëntniveau hiertoe aanleiding geven en de hierbij gehanteerde criteria.</p>	0,5	0,5
B.	<b>Realisatie declaratieafspraken intramurale en extramurale prestaties</b>		



Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
B.	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder monitort in 2012 per zorgaanbieder de geleverde productie per met de zorgaanbieder afgesproken declaratieperiode, en signaleert daarbij ook niet tijdige indiening. Onder tijdige indiening wordt verstaan indiening binnen een declaratieperiode. De concessiehouder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- volgt de tijdige indiening van de productiemonitor.</li> <li>- sanctioneert de zorgaanbieder die de productiemonitor niet tijdig indient.</li> </ul> <p>De declaratie van geleverde productie vindt voor een beperkt deel in de vigerende Regeling Declaratie AWBZ-zorg genoemde prestaties in 2012 plaats op prestatieniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het totaal aantal eenheden dat per prestatie door de zorgaanbieder is geleverd, als onderdeel van de productiemonitor. De concessiehouder volgt per zorgaanbieder de juistheid van de declaratie, stelt hiertoe eenduidige criteria en onderneemt zo nodig aantoonbaar verbeteracties naar de zorgaanbieder.</p> <p>De declaratie van geleverde productie vindt conform de vigerende Regeling Declaratie AWBZ-zorg in 2012 voor alle cliëntgebonden prestaties plaats op cliëntniveau. 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.</p> <p>De concessiehouder legt in 2012 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).</p> <p>De concessiehouder begint in 2012 met de voorbereidingen voor de overgang van de bevoorschotting op basis productieafspraken en productiemonitor naar betaling op basis van de declaratie op cliëntniveau. De concessiehouder onderneemt in 2012 actie om de zorgaanbieders hierop voor te bereiden, bijvoorbeeld via het periodiek overleg met de zorgaanbieder, via een informatiebijeenkomst of anderszins.</p> <p>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.</p>	5,5	4,8
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het sanctioneren van zorgaanbieders die (bij herhaling) te laat de productiemonitor indienen;</li> <li>- het opstellen van een duidelijke managementrapportage over de tijdigheid, juistheid en volledigheid van declaraties.</li> </ul>		
C.	<b>Bekostiging productie 2012</b>		
C.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder paste in 2012 maandelijks de bevoorschotting aan de gedeclareerde productie per zorgaanbieder aan. of De concessiehouder analyseerde in 2012 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.</p>	0,5	0,4

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<b>Verbeterpunt:</b> Het voor de intramurale productie maandelijks de bevoorschotting aanpassen aan de gedeclareerde productie per zorgaanbieder.		
C.2	<b>Norm:</b> Alle in 2012 nieuw toegelaten extramurale zorgaanbieders worden uitbetaald op basis van de gedeclareerde productie.  De concessiehouder toetst tenminste globaal aan de hand van de declaraties of het berichtenverkeer in AZR en de productieoverzichten aan het CAK op orde zijn.	0,5	0,5
D.	<b>Afrekenen met zorgaanbieders</b>		
	<b>Norm:</b> De concessiehouder bevordert dat de door hem gecontracteerde zorgaanbieders hun nacalculatieformulieren over 2011, mede ondertekend door het zorgkantoor, voor 1 juni 2012 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).	2	2
E.	<b>Informatieverstrekking in de keten</b>		
	<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) respectievelijk MUT bericht (AW39) van de zorgaanbieder doorgegeven aan het CAK.	1	1
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>9,2</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura goed uitgevoerd. De NZa adviseert de concessiehouder de vermelde verbeterpunten te realiseren.

*Maatregel*

De NZa constateert dat in 2012 geen enkele concessiehouder alle zorgaanbieders maandelijks en zonder marges bevoorschot op basis van de realisatie volgens de productieoverzichten. Dit is zorgwekkend, omdat de NZa van zorgkantoren in 2013 niet alleen verlangt om over te gaan op volledige bevoorschotting van de gerealiseerde productie, maar ook dat zorgkantoren zich bij die gerealiseerde productie baseren op de declaratie op cliëntniveau.

De NZa zal Zorgkantoor Friesland B.V. vragen om haar periodiek te informeren over de realisatie van de maandelijks aanpassing van de bevoorschotting op basis van de gerealiseerde productie van de zorgaanbieder.

## **2.9 Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg**

### **2.9.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg**

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor PGB.

**Tabel 11. Prestatiemeting 2012 Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en VPZ**

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
A.	<b>Vaststelling en toekenning voorlopige budgetten</b>		
A.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft bij iedere aanvraag van een PGB en VPZ 2012 vastgesteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dat de NAW-gegevens overeenstemmen met de Gemeentelijke Basis Administratie;</li> <li>- of er sprake is van meerdere PGB's op één adres;</li> <li>- of er sprake is van een overgang van zorg in natura naar PGB / VPZ;</li> <li>- of er sprake is van een budgethouder die afkomstig is van een ander zorgkantoor;</li> <li>- of er sprake is van een herintredende budgethouder;</li> <li>- of de budgethouder op de zwarte lijst van het verbond van Verzekeraars staat (in het EVR).</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft als de bevindingen daartoe aanleiding hebben gegeven vervolgacties ondernomen.</p>	0,5	0,4
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het aantoonbaar vaststellen dat de verantwoording door een bevoegd persoon ondertekend is. Het uitvoeren van juistheidscontrole vindt niet plaats bij de overgang van administratie vanuit een ander zorgkantoor. Er worden geen originele documenten ontvangen, maar systeemuitdraaien. Hierdoor ontstaat het risico van onterecht goedkeuren van de verantwoording, omdat de juistheid van de handtekening van de budgethouder (geen origineel aanwezig), niet kan worden vastgesteld.</p>		
A.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2012 de juistheid van de vaststelling van het bruto persoonsgebonden budget / VPZ goed gewaarborgd.</p>	0,5	0,3
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het in alle gevallen correct berekenen van het bruto PGB. Het bruto PGB is niet in alle gevallen correct berekend, vooral voor het toekennen van budget van tijdelijk verblijf en het berekenen van de eigen bijdrage. Het betreffen hier voornamelijk minimale afrondingsverschillen (&lt; € 100), omdat er gewerkt is met weekbedragen in plaats van jaarbedragen.</p>		
A.3	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2012 de juistheid van de vaststelling van de eigen bijdrage in de applicatie goed gewaarborgd. Hij bewaakt de blijvend juiste werking van berekening.</p>	0,5	0,3
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het onderbouwen van de opgaaf van het inkomen met onderliggende documentatie (loonstroken, IB verklaring, loonopgaaf) in verband met het toetsen op juistheid. Er bestaat nu het risico dat een onjuist netto-budget wordt toegekend, vanwege het onterecht berekenen een (maximale) eigen bijdrage.</p>		
B.	<b>Adequate cliëntvolgende bedrijfsadministratie voor het PGB en de VPZ</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt in 2012 over een adequate cliëntvolgende bedrijfsadministratie voor het PGB en de VPZ. 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 / VPZ 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, terugvorderingen en incasso-inspanningen met betrekking tot voorlopige en definitieve bedragen PGB en VPZ.</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft in 2012 de volgende gegevens in het geautomatiseerde systeem 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>	0,5	0,5
C.	<b>Controle door concessiehouder</b>		
C.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een risicoanalyse voor het PGB/VPZ die gericht is op het selecteren van verantwoordingsformulieren met onjuiste en onrechtmatige uitgaven;</li> <li>- een controleplan voor het PGB.</li> </ul>	3	2,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het uitvoeren van de intensieve controle gebaseerd op een aantal risico gebieden, welke 1-op-1 terug te herleiden zijn op de risicoanalyse.</p>		
C.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft de globale controles van de verantwoordingsformulieren 2012 op alle relevante punten getoetst.</p> <p>Als de globale controle tot bevindingen leidde heeft de concessiehouder vervolgacties ondernomen.</p>	1	0,8
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het beter invulling geven aan de uitvoering van de globale controles. In opzet zijn de werkzaamheden met betrekking tot globale controle zoals verwoord in het controleplan PGB wel aanwezig. In de uitgevoerde dossiercontrole is echter vastgesteld dat aan de uitvoering van enkele globale controlepunten onvoldoende invulling is gegeven. Een voorbeeld hiervan is dat er wel wordt vastgesteld dat het verantwoordingsformulier is ondertekend, er ontbreekt echter een kritische controle op juistheid van deze handtekening en de daarbij behorende bevoegdheden. De verantwoordingsformulieren en aanvraagformulieren dienen enkel door de budgethouder of diens (wettelijke) vertegenwoordiger te worden ondertekend.</p>		
C.3	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2012 bestandsanalyses uitgevoerd op de totale populatie PGB/VPZ-houders. Als de bestandsanalyse tot bevindingen leidde heeft de concessiehouder vervolgacties ondernomen.</p>	1	1

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
C.4	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de in de intensieve controle over 2012 te betrekken budgethouders geselecteerd op basis van risicoanalyse, aangevuld met een a-selecte deelwaarneming. Het totaal aantal geselecteerde budgethouders voor 2012 bedraagt tenminste 5% van de budgethouders die in 2012 een PGB ontvangen. Het a-selecte deel van de deelwaarneming bedraagt tenminste 2% van de budgethouders;</li> <li>- bij de intensieve controles gecontroleerd op de aanwezigheid van getekende zorgovereenkomsten, juistheid van de verantwoording (opstelling in overeenstemming met de onderliggende stukken), juistheid van het berekende totaalbedrag, zorglevering binnen het AWBZ-domein, er is uitsluitend sprake van bancaire betalingen, indien de budgethouder geïndiceerd is voor verblijf, is de bankrekening uitsluitend gebruikt voor het PGB;</li> <li>- als de controles tot bevindingen leiden vervolgacties ondernomen;</li> <li>- de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld als de onrechtmatigheden betrekking hadden op mogelijk misbruik of oneigenlijk gebruik;</li> <li>- materiële controles uitgevoerd als de intensieve controle leidt tot bevindingen die nader onderzoek vergen naar de vraag of de zorg daadwerkelijk geleverd is;</li> <li>- vóór 1 juli 2013 de intensieve controles uitgevoerd en afgerond;</li> <li>- de bevindingen uit de (intensieve) controles vastgelegd in een foutenevaluatie en op basis van de foutenevaluatie bepaald of uitbreiding van de controles vereist is.</li> </ul> <p><b>Nota bene: de NZa vindt het hiervoor genoemde toetspunt onder g een zwaarwegend punt. De NZa vindt het verbinden van vervolgactie aan de uitkomsten van de intensieve controle dermate belangrijk dat dit, bij onvoldoende uitvoering van dit toetsingsaspect, aanleiding kan zijn tot het geven van een aanwijzing.</b></p>	2	1,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het bij uitvoering van de intensieve controle hanteren van een juiste risicoanalyse. De gehanteerde risicoanalyse voor het bepalen van het selecte gedeelte van de steekproef sluit niet aan op de geïdentificeerde risico's in het proces. Hierdoor is de intensieve controle niet effectief en worden risico's niet doorvertaald binnen het PGB-proces.</p>		
D.	<b>Tijdige indiening afrekening bij het CVZ</b>		
	<p><b>Norm:</b> De zorgkantoren hebben de aanvraag tot vaststelling van de subsidie 2012 inclusief de accountantsverklaring tijdig, dat wil zeggen voor 1 juli 2013, aan CVZ aangeleverd.</p>	0,5	0,5
E.	<b>Informatieverstrekking in de keten</b>		
E.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft toekenningen van bruto-persoonsgebonden budgetten en VPZ van € 300 per dag of meer in 2012 ten minste per kwartaal gemeld aan het CVZ.</p>	0,25	0,25
E.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft de gegevens van nieuwe budgethouders in 2012 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>	0,25	0,25
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>8,3</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg goed uitgevoerd. De NZa adviseert de concessiehouder de vermelde verbeterpunten te realiseren.

### **2.9.2 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg**

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en VPZ, heeft de NZa verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op deze prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de prestatiemeting, omdat het veelal activiteiten betreft die landelijk nog in ontwikkeling zijn en waarvoor nog geen bruikbare toetsingsnormen beschikbaar zijn.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

#### *A. Extra controlemaatregelen*

De concessiehouder voert geen aanvullende controlemaatregelen uit bij de aanvragen. Door middel van de bewuste-keuze gesprekken probeert de concessiehouder aan de voorkant te beoordelen of een budgethouder capabel is om een PGB-budget te beheren. Bij verdachte gevallen wordt een verpleegkundig medewerker ingeschakeld.

#### *B. Budgetplan*

De concessiehouder gebruikt het budgetplan niet als een middel om de geleverde / verantwoorde zorg te beheersen. De concessiehouder ziet het budgetplan als een vorm van informatie voor het bewuste-keuze gesprek en als mogelijke indicatie om te beoordelen of een budgethouder capabel is om een PGB-budget te beheren. Daarnaast gebruikt de concessiehouder het document om te beoordelen of de cliënt waarschijnlijk geen AWBZ zorg gaat inkopen en om vast te stellen dat de cliënt meer dan € 63 per uur of € 58 per dagdeel gaat betalen. Als dit is vastgesteld, wordt contact opgenomen met de budgethouder, het is geen weigeringsgrond, het PGB wordt wel opgestart.

Bij de globale/intensieve controle legt de concessiehouder geen relatie of de geleverde en verantwoorde zorg in overeenstemming is met het budgetplan.

#### *C. Aanpak misbruik*

Door middel van de dossiercontrole is vastgesteld dat een kritische blik op de ontvangen stukken van essentieel belang is. Voor de controle hanteert de concessiehouder een checklist. Hiermee beoordeelt de concessiehouder aan de hand van controlepunten of voldaan is aan de regeling subsidies AWBZ. Hierop vindt op een aantal punten review werkzaamheden plaats. Uit de beoordeling van een aantal dossiers blijkt dat een kritische blik, buiten de gangbare checklist, in een aantal gevallen ontbreekt.

Signalen worden intern besproken en verzameld zodat een overzicht ontstaat voor de selecte steekproef van budgethouders voor de intensieve controle. De intensieve controle vindt echter in een later stadium plaats. Signalen van fraude uit de intensieve controle worden met de fraudecontactpersoon van de afdeling besproken. Hierbij wordt het

vermoeden door meerdere medewerkers getoetst aan de interne definitie van fraude. Fraude kan worden bewezen als er sprake is van: het overtreden van een regel, het verkrijgen van een (financieel) wederrechtelijk voordeel én opzet en bewust handelen. Indien deze vermoedens blijven bestaan wordt het dossier overgedragen aan de fraudeafdeling.

#### *D. Kostenmutatie PGB*

De kosten subsidieregelingen PGB-AWBZ zijn in 2012 inclusief verrekening oude jaren € 134.071.000 (2011: € 118.441.000). Dit is een kostenstijging van 13,2% (landelijk: 5,3%). De stijging kan worden verklaard door de wachtlijst, waardoor een deel van de budgethouders alsnog in 2012 is ingestroomd. Dit heeft geleid tot aanvullende kosten in 2012.

In 2012 is het budgetbedrag voor cliënten met een ZZP indicatie fors verhoogd, door het toevoegen van de functie tijdelijk verblijf. Daarnaast zijn de tarieven voor 2012 met 2,25% verhoogd ten opzichte van 2011.

Het aantal PGB-dossiers is in 2012 met 112 toegenomen ten opzichte van het jaar 2011 (2011: 6.774 PGB-dossiers). Het aantal VPZ-aanvragen was in 2012 gering (79 aanvragen). De invoering van de VPZ is een substantiële verandering geweest.

De PGB-kosten zijn in 2012 ten opzichte van 2011 toegenomen. Een reden hiervoor is dat toetreders in 2012 hoofdzakelijk cliënten waren met een ZZP. Hierbij betreft het hogere budgetten waardoor de kosten per dossier gestegen zijn.

#### *E. Openstaande saldo PGB*

Per 31 december 2012 bedraagt het saldo openstaande vorderingen op budgethouders PGB € 4.628.000. Per 31 december 2011 bedroeg het saldo € 5.019.000<sup>2</sup>. Dit is een daling van € 391.000 (7,8%). Het percentage openstaande vorderingen ten opzichte van de totale kosten subsidies PGB in 2012 bedraagt 3,5% (in 2011 ook 4,2%). Van deze vorderingen is 49% ouder dan één jaar, 24% is tussen zes en twaalf maanden oud en 27% is maximaal een half jaar geleden ontstaan.

De openstaande vorderingen betreffen voornamelijk vorderingen waarbij het dossier bij het incassobureau/deurwaarder ligt. Een deel (€ 2.267.000) van het openstaande saldo heeft betrekking op vorderingen op budgethouders PGB welke langer dan één jaar open staan. Het incassobeleid is geïntensiveerd waarbij de kosten-baten analyse en de afboekingsprocedure van vorderingen scherper is toegepast.

Indien het openstaande saldo niet geïncasseerd kan worden, wordt de betreffende budgethouder 'geblokkeerd' in het systeem. Voor het innen van de openstaande vorderingen wordt de incassoprocedure in gang gezet.

#### *Maatregel: Openstaande vorderingen PGB*

Per 31 december 2012 bedraagt het saldo vorderingen op budgethouders PGB € 4.628.000. De NZa zal Zorgkantoor Friesland B.V. vragen om haar periodiek te informeren over zijn inspanningen en de resultaten hiervan om de openstaande vorderingen te incasseren.

---

<sup>2</sup> In het financieel verslag over 2012 is het bedrag aan PGB vorderingen ultimo 2011 bijgesteld tot € 5.019.000. In het financieel verslag over 2011 was hiervoor een bedrag opgenomen van € 5.127.000.



### *F. Intensieve controle*

De intensieve controle wordt gedeeltelijk select en gedeeltelijk a-select uitgevoerd door de concessiehouder. Uit het a-selecte deel is 23% van de gecontroleerde populatie als fout opgenomen. Het foutpercentage van het selecte deel is 36%. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er uit de intensieve controle meer bevindingen zijn vastgesteld in het selecte deel dan in vergelijking het a-selecte deel. Het foutpercentage van het selecte en a-selecte deel bij elkaar is 28% van de totale populatie.

Hiervan heeft 15% betrekking op niet aangeleverde informatie, waarbij het overgrote deel betrekking heeft op a-select geselecteerde dossiers. Bij het ontbreken van verantwoordingsinformatie kiest de concessiehouder ervoor om deze bevindingen mee te nemen in de foutenanalyse en dit als zodanig te verwerken in het systeem.

Daarnaast is 60% van de afgekeurde bedragen in de intensieve controle veroorzaakt door het ontbreken van een (volledige) overeenkomst. Van deze geconstateerde fouten heeft 80% betrekking op de budgethouders die op basis van signalen voor de intensieve controle geselecteerd zijn. Het overige deel van de 'fouten' (25%) heeft betrekking op dossiers waarbij de verantwoording niet valt binnen het PGB-domein (19%) en het niet hanteren van het (juiste) declaratieformulier (6%).

## **2.10 Prestatie-indicator 9: Monitoring continuïteit zorgverlening**

### **2.10.1 Prestatiemeting Monitoring continuïteit zorgverlening**

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening.

**Tabel 12. Prestatiemeting 2012 Monitoring continuïteit zorgverlening**

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
A.	<b>Vastleggen in overeenkomsten</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in de individuele overeenkomst met de zorgaanbieder over 2012 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>	0,25	0,25
B.	<b>Uitvoering monitoring continuïteit zorgverlening</b>		
B.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder vult het EWS met kengetallen op basis van de jaarrekeningen van alle gecontracteerde zorgaanbieders.</p> <p>De concessiehouder analyseert deze kengetallen, door gebruik te maken van een beslisboom of 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).</p> <p>De concessiehouder heeft op basis van de uitkomsten van het EWS (rood) in 2012 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.</p>	2	2
B.2	<p>De concessiehouder gebruikt het – periodiek – overleg 2012 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>	1	1

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
B.3	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- heeft op basis van een standaard draaiboek (stappenplan) in 2012 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- De concessiehouder heeft in het standaard draaiboek (stappenplan) specifieke aandacht besteed aan het opstellen van een 'plan B'. Het draaiboek moet regelen dat, als een instelling acuut in problemen komt, de concessiehouder op heel korte termijn een noodplan kan opstellen. Dit betekent onder meer dat het plan voorziet in richtlijnen en probleemeigenaren (een functionaris die bijvoorbeeld voor een bepaalde sector en/of regio verantwoordelijk is).</li> </ul>	3	3
B.4	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- concrete afspraken gemaakt met zorgaanbieders die zorg uitbesteden dat de (door het zorgkantoor gecontracteerde) zorgaanbieder: <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> </li> <li>- indien van toepassing –consequenties verbonden aan het niet nakomen van gemaakte afspraken.</li> </ul>	1,75	1,75
C.	<b>Betrokkenheid management</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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>	2	2
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening goed uitgevoerd.

### 2.10.2 Verdiepende vragen onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening, heeft de NZa verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op deze prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de prestatiemeting, omdat het veelal activiteiten betreft die landelijk nog in ontwikkeling zijn en waarvoor nog geen bruikbare toetsingsnormen beschikbaar zijn.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

*Vermogenspositie van de fusiepartners bij het beoordelen van de voorgenomen fusie*

De concessiehouder kijkt zowel naar de vermogenspositie als het marktaandeel. De concessiehouder heeft echter geen invloed op fusies en kan bij zwakke fusies alleen de mate waarin zorg wordt ingekocht een rol laten spelen. Daartegenover staat dat de concessiehouder soms een zorgaanbieder adviseert om juist wél te fuseren.

Er zijn in 2012 geen fusies geweest. Wel is medio 2013 gebleken dat een fusiegolf aanstaande is. De concessiehouder stelt daarom toetsingscriteria op om deze fusies te kunnen beoordelen.

*In welke mate betreft de concessiehouder de consequenties van de afspraken in het regeerakkoord bij het zogenoemde 'plan B'*

In de monitoringsgesprekken is een vast agendapunt opgenomen waarmee de gevolgen van de politiek veranderingen voor de zorgaanbieder worden besproken. Zo wordt besproken hoe een lagere productie wordt opgevangen en hoe huisvesting een andere bestemming kan krijgen. De concessiehouder heeft echter last van de grilligheid van de politiek om tijdig tot een gedegen en transparant beleid te komen omtrent de continuïteit van zorg.

*Te verwachten problemen bij zorgaanbieders als gevolg van extramuralisering/leegstand (tijdshorizon 2013/2014)*

De concessiehouder ziet een verzwaring van de zorgvraag van cliënten, met als gevolg dat verzorgingscapaciteit moet worden omgezet in (veel minder) verpleegcapaciteit. De zorgaanbieders moeten hiervoor ook de kennis en kunde in huis halen. De concessiehouder stuurt daarbij op een spreiding van capaciteit en tegelijkertijd op een concentratie van kennis en specialisme. Bij de gehandicaptenzorg speelt ook dat het veel langer duurt voordat cliënten zijn uitgestroomd. Deze sector zal daarom meer moeite hebben zich aan te passen.

*Ontvangen concrete signalen van zorgaanbieders die te maken hebben met specifieke boekwaarde problemen als gevolg van de extramuralisering*  
De concessiehouder heeft geen signalen ontvangen over boekwaarde problemen. Evenmin blijkt uit eigen informatie van de concessiehouder dergelijke problemen. Vooruitlopend op mogelijke problemen zoekt de concessiehouder wel samenwerking met woningcorporaties.

*Inzicht in problemen bij zorgaanbieders als gevolg van de afspraken in het regeerakkoord in de financiële problemen komen*

De concessiehouder vraagt bij de monitoringsgesprekken hoe de zorgaanbieder er voor staat en betreft signalen bij het verkrijgen van inzicht in mogelijke problemen. De concessiehouder beschikt zelf vooral over lokale informatie en wil haar inzicht verruimen door ook gebruik te gaan maken van een landelijke benchmark.

*Visie over de consequenties van de afspraken in het regeerakkoord voor de continuïteit van zorg en in welke mate maakt ZZP 4 daarvan deel uit*  
De concessiehouder heeft last van de politieke grilligheid om tot een eenduidige visie te komen. Desalniettemin is de concessiehouder in gesprek met partner concessiehouders om tot een visie te komen.

## **2.11 Prestatie-indicator 10: Materiële controle**

### **2.11.1 Prestatiemeting Materiële controle**

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Materiële controle.

**Tabel 13. Prestatiemeting 2012 Materiële controle**

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
A.	<b>Organisatie</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft de materiële controle belegd bij een zelfstandige unit/afdeling/projectorganisatie waarbij sprake is van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controleteams met voldoende medische deskundigheid. Voldoende medische deskundigheid houdt in dat een BIG-geregistreerde medewerker wordt betrokken bij de opzet, uitvoering en evaluatie van materiële controle en dat de detailcontroles uit de materiële controles onder supervisie van een medisch adviseur plaatsvinden;</li> <li>- Controleteams waarin voldoende functiescheiding aanwezig is tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles bij zorgaanbieders. Dit houdt in dat zorginkopers niet de controles uitvoeren bij de zorgaanbieders waarvoor zij de zorginkoop verzorgen of dat zij zelfstandig de vervolgacties n.a.v. uitkomsten van materiële controles bepalen;</li> <li>- Betrokkenheid van de coördinator fraudebestrijding bij tenminste de opzet (risicoanalyse) en de evaluatie van de controleresultaten.</li> </ul>	1	1
B.	<b>Aanpak</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft een plan van aanpak voor de uitvoering van materiële controles AWBZ in 2012. Het plan van aanpak is gebaseerd op de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars, de Regeling persoonsgegevens zorgverzekeraars AWBZ en de Regeling zorgverzekering.</p> <p>De concessiehouder heeft het controledoel bepaald, een algemene risicoanalyse en een algemeen controleplan opgesteld.</p> <p>De concessiehouder heeft, voor zover het controledoel niet is bereikt met de uitvoering van het algemene controleplan, een specifiek controledoel bepaald, een specifieke risicoanalyse en een specifiek controleplan opgesteld.</p> <p>De concessiehouder heeft het vastgestelde algemene controledoel en algemene controleplan op zodanige wijze openbaar gemaakt dat die informatie gemakkelijk verkrijgbaar is voor verzekerden en zorgaanbieders.</p> <p>De concessiehouder heeft in de controleplannen vastgelegd op welke wijze is omgegaan met procedurele waarborgen, waaronder bepalingen inzake bescherming persoonsgegevens.</p> <p>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>	1	0,5
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het beter onderscheid aanbrengen tussen algemene en specifieke risicoanalyse/controleplan en hierbij inzichtelijk maken of dan wel in hoeverre wordt voldaan aan de in de Regeling zorgverzekering opgenomen betrouwbaarheid- en nauwkeurigheidseisen;</li> <li>- het openbaar maken van het algemene controleplan en de algemene risicoanalyse aan verzekerden.</li> </ul>		
C.	<b>Uitvoering materiële controles</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
C.1	<p><b>Norm:</b> 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.</p> <p>De risicoanalyses voor de algemene en specifieke controleplannen zijn uitgevoerd met voldoende reikwijdte en diepgang. Dit houdt in inbreng van deskundigheid uit de verschillende organisatieonderdelen, waaronder in ieder geval zorginkoop, de medisch adviseurs en de coördinator fraudebestrijding, alsmede op basis van signalen en klachten.</p> <p>Bij de uitvoering van de materiële controles is gebruik gemaakt van de in de controleplannen beschreven mix van controlemiddelen (bestandsanalyses, benchmarking, cijferanalyse, accountantsverklaring inzake de juistheid van de gedeclareerde productie).</p> <p>De concessiehouder heeft de materiële controle 2012 uitgevoerd conform de algemene en specifieke controleplannen.</p> <p>De concessiehouder heeft om vast te stellen of gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd gebruik gemaakt van de controle-instrumenten detailcontrole en/of enquête (gericht op risicogebieden).</p> <p>De concessiehouder heeft bij de detailcontroles en de enquêtes rekening gehouden met de procedurele waarborgen uit de Regeling zorgverzekering.</p>	3	3
C.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2012 voor elke uitgevoerde materiële controle een foutenevaluatie opgesteld en indien noodzakelijk de (detail)controles uitgebreid.</p> <p>De concessiehouder heeft na constatering van onregelmatigheden een onderbouwde afweging gemaakt voor het instellen van vervolgacties.</p> <p>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.</p> <p>De concessiehouder heeft bij vermoeden van misbruik of oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld voor het instellen van nader onderzoek.</p> <p>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 NZa, het melden aan Extern Verwijzingsregister door de coördinator fraudebestrijding.</p> <p>De uitkomsten van de materiële controles zijn zodanig vastgelegd dat verantwoording aan en toetsing door toezichthouders mogelijk is.</p>	3	3
D.	<b>Managementsturing en -informatie</b>		
	<p><b>Norm:</b> Het management van de concessiehouder wordt in 2012 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 materiële controles.</p> <p>Het management van de concessiehouder stuurt aantoonbaar op de voortgang, de uitkomsten en vervolgacties van materiële controles via periodiek overleg of managementinformatie.</p>	2	2
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>9,5</b>

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Materiële controle goed uitgevoerd. De NZa adviseert de concessiehouder de vermelde verbeterpunten te realiseren.

## **2.12 Prestatie-indicator 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik**

### **2.12.1 Prestatiemeting Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik**

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik.



**Tabel 14. Prestatiemeting 2012 Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik**

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
A.	<b>Organisatie</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2012 een coördinator fraudebestrijding en een specifieke fraudeafdeling die medewerkers van het zorgkantoor structureel betreft bij zijn werkzaamheden of een fraudewerkgroep, waarin medewerkers van het zorgkantoor zitting hebben.</p> <p>De coördinator fraudebestrijding heeft een zelfstandige bevoegdheid tot het instellen van onderzoek op risicogebieden in de AWBZ.</p> <p>De medewerkers moeten beschikken over deskundigheden voor de werkzaamheden in kader van bestrijding van M&amp;O (bijvoorbeeld door opleidingen en/of ervaring).</p> <p>De afdeling moet zijn aangesloten bij de organisatie en ontwikkelingen bij ZN/VvV op terrein van bestrijding van zorgfraude.</p>	1	1
B.	<b>Aanpak</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2012 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 Protocol Verzekeraars &amp; Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap en het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële instellingen.</p> <p>De concessiehouder heeft in het plan van aanpak opgenomen op welke wijze invulling wordt gegeven aan het Convenant aanpak verzekeringsfraude.</p> <p>Het plan van aanpak bevat een transparante risicoanalyse gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ.</p> <p>De risico's zijn vertaald naar onderzoeken op risico's en een planning voor de onderzoeken.</p> <p>Uit het plan van aanpak blijkt dat de concessiehouder invulling geeft aan hetgeen is bepaald in artikel 7.10 van de Regeling zorgverzekering.</p>	1	0,75
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het op basis van (eigen) risicoanalyse uitvoeren van fraudeonderzoek en niet alleen op basis van signalen.</p>		
C.	<b>Uitvoering onderzoeken gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
C.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2012 voorlichting gegeven aan zorgkantoor medewerkers over bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik.</p> <p>De concessiehouder heeft in 2012 aantoonbaar bestands- of systeemvergelijkingen uitgevoerd op mogelijke risicogebieden van misbruik en oneigenlijk gebruik.</p> <p>De concessiehouder heeft in 2012 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>De concessiehouder heeft in 2012 in voldoende mate aandacht besteed aan signalering, opsporing en afdoening van vermoeden van <b>intern</b> misbruik en oneigenlijk gebruik.</p>	2	1,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het opnemen van interne fraude in het fraudebeheersplan.</p>		
C.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2012 bij alle vermoedens van misbruik en oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld.</p>	1	1
C.3	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2012 bij geconstateerde onregelmatigheden als gevolg van misbruik en oneigenlijk gebruik steeds de volgende acties uitgevoerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terugvorderen onrechtmatig bestede AWBZ/PGB-middelen of het verrekenen van deze middelen met de bevoorschotting of afrekening van zorgaanbieders;</li> <li>- melden van vermoeden van misbruik bij het fraudeloket van het kenniscentrum ZN en registratie in het IVR en het EVR;</li> <li>- aangifte doen bij de politie of het OM;</li> <li>- melden geconstateerd oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden aan beleidsbepalende organisaties, zoals het Ministerie van VWS, het CVZ en/of de NZa.</li> </ul>	3	2,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het melden van relevant oneigenlijk gebruik aan beleidsbepalende organisaties. Uit het onderzoek is bij de prestatie-indicator Materiële controle is naar voren gekomen dat bij onderzoek door de concessiehouder is gebleken dat 40% van de gedeclareerde toeslagen voor specialistische epilepsiezorg onrechtmatig was (circa € 2 miljoen). De concessiehouder heeft, ondanks de relatief grote omvang van het teruggevorderde bedrag, geen sanctie opgelegd en geen melding aan externe instanties gedaan.</p>		
D.	<p><b>Vastlegging signalen</b></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 2012 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 verzekeren 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>	1	0,75
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het aantoonbaar afdoen van alle via ZN ontvangen signalen.</p>		
E.	<p><b>Managementinformatie</b></p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p><b>Norm:</b>  Het management van de concessiehouder wordt in 2012 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>Het management van de concessiehouder stuurt aantoonbaar op de voortgang, de uitkomsten en vervolgacties inzake bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik via periodiek overleg of managementinformatie.</p>	1	1
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>8,5</b>

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik goed uitgevoerd. De NZa adviseert de concessiehouder de vermelde verbeterpunten te realiseren.

## 2.13 Prestatie-indicator 12: Administratieve organisatie en interne beheersing

### 2.13.1 Prestatiemeting Administratieve organisatie en interne beheersing

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratieve organisatie en interne beheersing.

**Tabel 15. Prestatiemeting 2012 Administratieve organisatie en interne beheersing**

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
A.	<b>Kwaliteit administratieve organisatie en interne beheersing</b>		
A.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt in 2012 over een actuele en volledige beschrijving van de opzet van de AO/IB in de vorm van werkinstructies en procedurebeschrijvingen.</p>	0,5	0,5
	<p><b>Aandachtspunt:</b> Het actueel en volledig maken van de omschrijvingen in MAVIM.</p>		
A.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt over een voor aanvang van het controlejaar 2012 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>	1	1
	<p><b>Aandachtspunt:</b> Het actueel en volledig maken van de omschrijvingen in MAVIM.</p>		
A.3	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2012 de interne controlewerkzaamheden overeenkomstig het controleplan uitgevoerd.</p>	1,5	1,25
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het tijdig uitvoeren van controlewerkzaamheden zodat op basis van de uitkomsten van de controles gedurende het controlejaar nog bijgestuurd kan worden.</p>		
A.4	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft de bevindingen en conclusies van de uitgevoerde interne controlewerkzaamheden in 2012 op zichtbare wijze en gerelateerd aan het controleplan vastgelegd, heeft de bevindingen geëvalueerd (foutenevaluatie) en waar nodig aanvullende controlewerkzaamheden verricht dan wel correcties doorgevoerd.</p>	1,25	1,25
A.5	<p><b>Norm:</b> Het management van de concessiehouder heeft in 2012 maandelijks of per kwartaal managementinformatie van goede kwaliteit ontvangen over de uitkomsten van de uitgevoerde interne controles en stuurt aantoonbaar op deze managementinformatie. Onder goede kwaliteit wordt verstaan, duidelijke rapportage van uitgevoerde werkzaamheden, resultaten en aandachtspunten.</p> <p>De bespreking van de managementinformatie en de follow-up is schriftelijk vastgelegd.</p>	0,75	0,75
B.	<b>Kwaliteit geautomatiseerde gegevensverwerking</b>		
B.1	<p><b>Norm:</b> De implementatie van wijzigingen in wet- en regelgeving in 2012 in applicaties heeft aantoonbaar, bijvoorbeeld via IT audit, juist en tijdig plaatsgevonden.</p>	0,75	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het tijdig uitvoeren van controlewerkzaamheden zodat op basis van de uitkomsten van de controles gedurende het controlejaar nog bijgestuurd kan worden.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
B.2	<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 2012, bijvoorbeeld via een IT audit, vastgesteld.</p>	0,75	0
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het inzicht verkrijgen in de aanwezige application controls en de overwegingen vastleggen waarom wel/niet gesteund wordt op de application controls.</p>		
B.3	<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 2012 hebben gewerkt.</p> <p>Er is een schriftelijke vastlegging aanwezig dat het management heeft kennisgenomen van de bevindingen uit de IT-audit en zo nodig vervolgacties heeft ingesteld.</p>	1	0,25
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van de continuïteit van de geautomatiseerde systemen;</li> <li>- het expliciet vastleggen wat de impact van de bevindingen vanuit de IT audit is op de getrouwheid van het financieel verslag en de rechtmatigheid van de schades en de beheerskosten.</li> </ul>		
B.4	<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 2012 hebben gewerkt.</p> <p>Er is een schriftelijke vastlegging aanwezig dat het management heeft kennisgenomen van de bevindingen uit de IT-audit en zo nodig vervolgacties heeft ingesteld.</p>	1	0,25
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van de beheersmaatregelen voor de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen;</li> <li>- het expliciet vastleggen wat de impact van de bevindingen vanuit de IT audit is op de getrouwheid van het financieel verslag en de rechtmatigheid van de schades en de beheerskosten;</li> <li>- het onder de scope van het autorisatiebeheer brengen van de productiesystemen AZR en Mapper.</li> </ul>		
B.5	<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 2012 hebben gewerkt.</p> <p>Er is een schriftelijke vastlegging aanwezig dat het management heeft kennisgenomen van de bevindingen uit de IT-audit en zo nodig vervolgacties heeft ingesteld.</p>	0,75	0,5

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van het change management van de geautomatiseerde systemen;</li> <li>- het expliciet vastleggen wat de impact van de bevindingen vanuit de IT audit is op de getrouwheid van het financieel verslag en de rechtmatigheid van de schades en de beheerskosten.</li> </ul> <p>Nota bene: Beoordeling is gebaseerd op de IT audit in 2012. In 2013 heeft een nieuwe IT audit plaatsgevonden op het change management van de geautomatiseerde systemen. In de bestuurlijke verantwoording is aangegeven dat naar verwachting het wijzigingsproces eind 2012 op voldoende niveau is gebracht. Uit het rapport van de pre-audit changemanagement blijkt dat het changemanagement proces is verbeterd maar dat er nog wel diverse actiepunten gedefinieerd zijn.</p>		
B.6	<p><b>Norm:</b></p> <p>Uit de bevindingen en conclusies van de IT audit blijkt dat de concessiehouder toereikende maatregelen heeft getroffen om de juiste werking van AZR in 2012 te borgen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende 2012 hebben gewerkt.</p> <p>Er is een schriftelijke vastlegging aanwezig dat het management heeft kennisgenomen van de bevindingen uit de IT-audit en zo nodig vervolgacties heeft ingesteld.</p>	0,75	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b></p> <p>Het in het vervolg opstellen van een rapportage naar aanleiding van de audit op de conversie.</p>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>6,75</b>

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Administratieve organisatie en interne beheersing voldoende uitgevoerd. De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren.

### 3. Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken

#### 3.1 Opvolging verbeterpunten 2011

In het rapport uitvoering AWBZ 2011 heeft de NZa een aantal verbeterpunten opgenomen. In onderstaande tabellen zijn deze verbeterpunten opgenomen als de concessiehouder op de betreffende prestatie-indicator over 2011 een onvoldoende of een voldoende heeft gerealiseerd. Daarnaast is in deze tabel opgenomen of de concessiehouder de verbeterpunten al dan niet heeft gerealiseerd.

**Tabel 16. Verbeterpunten PI 1: Zorg in natura**

Nr.	Verbeterpunten 2011	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het bij alle zorgaanbieders vermelden van uitkomstgegevens van kwaliteit en van etalage-informatie.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt gedeeltelijk heeft gerealiseerd. De concessiehouder moet de in de Zorgatlas opgenomen kwaliteits- en etalage-informatie over de zorgaanbieders in de V&V en GHZ-sector verder verbeteren door het leggen van een eenduidige koppeling tussen locatie en stichtingen-niveau. Daarbij bevat de Zorgatlas niet voor alle zorgaanbieders zowel informatie over certificering cliënttevredenheid en etalage-informatie.
2.	Het actief en tijdig zorgaanbieders verzoeken hun wachttijden op de website te controleren en deze zo nodig aan te passen.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt nog niet heeft gerealiseerd. Onwaarschijnlijke wachttijsten moeten worden onderzocht. Het op de website publiceren van separate (geen onderdeel van de Zorgatlas) wachttijst informatie is niet toereikend, omdat dat voor de cliënt onvoldoende transparant is.
3.	Het expliciet verwijzen naar groepen die mogelijk belemmeringen ondervinden bij hun indicatie-aanvraag.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.
4.	Het systematisch bij elke zorgaanbieder monitoren dat het beleid voor aanvullende diensten en de hoogte van de bijbetalingen tot stand komt in overleg met de cliëntenraad. De concessiehouder heeft dit verbeterpunt in het zorginkoopbeleid 2013 inmiddels gerealiseerd.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.
5.	Het in het Verpleging en Verzorging (V&V)-protocol opnemen van: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 24 uren aanspreekpunt;</li> <li>- telefoonnummers en bereikbaarheidsgegevens;</li> <li>- zorgaanbieders die de crisiszorg leveren en hun capaciteit;</li> <li>- hoe de poortwachter zich op de hoogte kan stellen van de vrije crisiscapaciteit.</li> </ul>	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.

Bron: NZa

**Tabel 17. Verbeterpunten PI 3: Klachtenbehandeling**

Nr.	Verbeterpunten 2011	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het in de procedure opnemen dat klachten over zorgaanbieders actief moeten worden gevolgd.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.
2.	Het actief volgen van eventuele klachten over zorgaanbieders.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.

Bron: NZa



## 4. Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2012

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de NZa haar bevindingen weer van het onderzoek naar de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven in 2012.

De NZa is ingevolge artikel 91, tweede lid, Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) bevoegd om uitgaven als niet-verantwoord aan te merken. Deze niet-verantwoorde uitgaven mogen niet worden gedekt door de jaarlijkse uitkeringen van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) voor de uitvoering van de in de AWBZ geregelde verzekering.

Een post wordt als onrechtmatig aangemerkt, als uit het onderzoek is gebleken dat een (gedeelte van een) post niet in overeenstemming is met de voorschriften van de AWBZ. Van een onzekerheid over de rechtmatigheid van een post is sprake, indien onvoldoende informatie beschikbaar is om een (gedeelte van een) post als rechtmatig of onrechtmatig aan te merken.

### 4.2 Wettelijke reserve en beheerskosten

#### 4.2.1 Inleiding

De NZa doet jaarlijks onderzoek naar de omvang en het verloop van de wettelijke reserve AWBZ en naar de rechtmatigheid van de beheerskosten AWBZ. De bevindingen van dit onderzoek maken geen deel uit van het totaaloordeel over de uitvoering van de AWBZ. De bevindingen spelen wel een rol bij de rechtmatige uitvoering van de AWBZ.

#### 4.2.2 Bevindingen

##### *Opvolging verbeterpunten 2011*

In het rapport Uitvoering AWBZ 2011 zijn geen verbeterpunten genoemd.

##### *Beheerskosten*

In tabel 18 zijn de kerngegevens opgenomen over de beheerskosten en de reserve AWBZ.

Het in de financiële verantwoording opgenomen budget beheerskosten sluit niet aan op de beschikkingen CVZ. Het budget beheerskosten bedraagt volgens de beschikking van CVZ d.d. 21 maart 2013 € 7.992.000. In het budget beheerskosten in het financieel verslag is het nagekomen budget ad € 72.000 en het voorlopig vastgestelde budget UAZ 2012 ad € 762.000 niet meegenomen. Het voorlopig vastgestelde budget UAZ 2012 ad € 762.000 is als schuld CVZ verantwoord in plaats van als budget beheerskosten aangezien de concessiehouder aangeeft dat dit budget nog onzeker is vanwege de nog aan te leveren verantwoording beheerskosten UAZ.

##### *Deelbudget UAZ*

Een gedeelte van het budget 2012 bestaat uit een eenmalig deelbudget voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden. In artikel 5, lid 3

van de Beleidsregels ter verdeling besteedbare middelen beheerskosten verbindingkantoren AWBZ 2012 van het CVZ is opgenomen dat genoemd deelbudget uitsluitend mag worden besteed ter dekking van de voorbereidingskosten die de verbindingkantoren in het kader van de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden voor de aan hen gelieerde zorgverzekeraars maken. In lid 4 van ditzelfde artikel is bovendien opgenomen dat de verbindingkantoren zich over de besteding van het verdeelde bedrag moeten verantwoorden met een separate accountantsverklaring.

Aan het CVZ dient uiterlijk op 1 september 2013 een separate verantwoording inclusief accountantsverklaring aangeleverd te worden van de beheerskosten inzake het UAZ.

**Tabel 18. Beheerskosten en reserve AWBZ**

Kerngegevens concessiehouder	2012	2011
Budget beheerskosten AWBZ boekjaar (x € 1.000)	7.096	7.303
Beheerskosten AWBZ boekjaar (x € 1.000)	8.240	8.048
Budgetresultaat beheerskosten (x €1.000)	-/- 1.144	-/- 745
Wettelijke reserve AWBZ ultimo jaar (x € 1.000)	-/- 1.043	96
Stijging beheerskosten ten opzichte van voorgaand jaar	2,4%	10,5%
Wettelijke reserve AWBZ als percentage van het budget beheerskosten	-/- 14,7%	1,3%

Bron: De cijfers zijn afkomstig uit de financiële verantwoording van de concessiehouder (zorgkantoren)

De beheerskosten zijn in 2012 ten opzichte van 2011 met 2,4% (€ 192.000) gestegen.

Het budgetresultaat over 2012 bedraagt € 1.144.000 negatief (2011: € 745.000 negatief). De NZa constateert dat de concessiehouder er niet in is geslaagd het tekort op het budget terug te brengen. De NZa dringt er bij de concessiehouder op aan om de tekorten op het budget beheerskosten om te buigen in overschotten zodat het negatief eigen vermogen in de komende jaren kan worden ingelopen (zie onderstaand).

De externe accountant heeft de rechtmatigheid van de beheerskosten op toereikende wijze vastgesteld. De NZa constateert dat de beheerskosten (€ 8.240.000) over 2012 rechtmatig zijn met uitzondering van de beheerskosten voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden. Hierover moet de concessiehouder nog een separate verantwoording inclusief accountantsverklaring verstrekken aan het CVZ.

#### *Wettelijke reserve AWBZ*

De stand van de reserve AWBZ per 31 december 2012 bedraagt negatief € 1.043.000 (31 december 2011: positief € 96.000). De NZa wijst de concessiehouder erop dat de reserve AWBZ op grond van het Besluit financiering uitvoeringsorganisatie bijzondere ziektekosten AWBZ alleen onder bijzondere omstandigheden een negatieve waarde mag hebben. De NZa wijst er verder op dat de continuïteit van Zorgkantoor Friesland B.V. in gevaar kan komen als gevolg van een oplopend negatieve reserve AWBZ. In de bestuurlijke verantwoording heeft de concessiehouder verantwoord dat verwacht wordt dat door een aantal maatregelen het budgetresultaat 2013 circa € 0,5 miljoen positief wordt en het eigen vermogen terug gedrongen wordt tot circa € 0,6 miljoen negatief. De

concessiehouder verwacht dat deze lijn in 2014 doorgetrokken kan worden zodat de reserve AWBZ ultimo 2014 positief is.

In de bestuurlijke verantwoording heeft de concessiehouder verantwoord dat wetgeving aangeeft dat het CVZ de beheerskostenreserve gaat zuiveren bij een tekort van groter dan 20% van het meest recente budget beheerskosten. De NZa merkt op dat dit niet in de wetgeving is geregeld.

De negatieve wettelijke reserve AWBZ wordt in 2012 vooral veroorzaakt door het negatieve budgetresultaat beheerskosten ad € 1.144.000. De NZa merkt op dat in dit budgetresultaat het budget UAZ 2012 ad € 762.000 niet is meegenomen, terwijl de kosten voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerde wel in de beheerskosten zijn verantwoord.

De NZa wijst de concessiehouder erop dat de reserve AWBZ alleen onder bijzondere omstandigheden een negatieve waarde mag hebben. De NZa wijst er verder op dat de continuïteit van Zorgkantoor Friesland B.V. in gevaar kan komen als gevolg van een oplopend negatieve reserve AWBZ.

De concessiehouder heeft in 2012 geen rendement toegerekend aan de reserve AWBZ omdat de stand van de reserve in 2012 negatief was. Bij een negatieve stand van de reserve is het toegestaan dat geen rente wordt toegerekend.

Het in 2012 behaalde rendement op tijdelijk overtollige middelen PGB geeft geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.

#### **4.2.3 Oordeel NZa**

De NZa concludeert dat de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten over 2012 van (€ 8.240.000) rechtmatig zijn met uitzondering van de beheerskosten voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden. Hierover dient door de concessiehouder nog een separate verantwoording inclusief accountantsverklaring verstrekt te worden aan het CVZ. In afwachting hiervan schort de NZa haar oordeel over deze post op.

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2012 bedraagt negatief € 1.043.000. De NZa merkt op dat in dit budgetresultaat het budget UAZ 2012 ad € 762.000 niet is meegenomen, terwijl de kosten voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerde wel in de beheerskosten zijn verantwoord. Indien dit budget in de stand van de wettelijke reserve AWBZ wordt meegenomen dan bedraagt de wettelijke reserve AWBZ negatief € 281.000.

#### *Maatregel*

De NZa zal Zorgkantoor Friesland B.V. verzoeken om de negatieve wettelijke reserve AWBZ binnen een bepaalde termijn om te buigen in een positieve wettelijke reserve en haar periodiek hierover te informeren.

### **4.3 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2012**

#### **4.3.1 Inleiding**

De NZa doet jaarlijks onderzoek naar de bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ.

### 4.3.2 Bevindingen

In tabel 19 zijn de kerngegevens opgenomen over de bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ vanuit de herziene financiële verantwoording. In deze herziene verantwoording is de, vanuit het onderzoek van de NZa geconstateerde, fout ad € 23.487.000 in de schaden AWBZ voorgaande jaren en de bijdragen CVZ gecorrigeerd (zie ook paragraaf 5.5 voor de herziene financiële verantwoording).

**Tabel 19. Bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ**

Kerngegevens concessiehouder	2012	2011
<b>Bedrijfsopbrengsten AWBZ:</b>		
Vergoeding zorgaanpak (x € 1.000)	1.031.091	934.773
Budget beheerskosten AWBZ (x € 1.000)	7.096	7.303
Rentevergoeding AFBZ bij afrekeningen (x € 1.000)	0	4
Overige renteopbrengsten (x € 1.000)	5	-/- 1.293
Vergoeding AFBZ rechtstreeks met het CVZ te verrekenen kosten en opbrengsten (saldo) (x € 1.000)	3.968	3.557
Subsidies PGB-AWBZ (x € 1.000)	134.071	118.441
Totaalbedrag bedrijfsopbrengsten (x € 1.000)	1.176.231	1.062.785
<b>Schaden AWBZ:</b>		
Totaal schaden AWBZ exclusief subsidies (x € 1.000)	1.035.059	938.330
Totaalbedrag schaden subsidies PGB-AWBZ (x € 1.000)	134.071	118.441
Totaalbedrag schaden AWBZ (x € 1.000)	1.169.130	1.056.771

Bron: de cijfers zijn afkomstig uit de herziene financiële verantwoording van de concessiehouder (zorgkantoren).

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies (€ 1.042.160.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 1.035.059.000) over 2012 in de herziene financiële verantwoording rechtmatig zijn, met uitzondering van de hierna opgenomen onrechtmatigheden en onzekerheden.

De NZa heeft geen rol in de vaststelling van de rechtmatigheid van de subsidieopbrengst PGB-AWBZ en de schaden subsidie PGB-AWBZ omdat voor deze posten een afzonderlijke subsidieverantwoording en accountantsverklaring bij het CVZ worden ingediend. Voor het PGB beoordeelt de NZa uitsluitend de procedurele rechtmatigheid. Voor de volledigheid zijn gesignaleerde onrechtmatigheden en onzekerheden voor het PGB wel in de volgende paragrafen opgenomen.

### 4.3.3 Onrechtmatigheden in de verantwoording 2012

Tijdens de controle heeft de concessiehouder een fout geconstateerd als gevolg van de toekenning een PGB voor de datum GBA-inschrijving. Tevens heeft de concessiehouder een post als fout aangemerkt omdat een document niet aanwezig was. De door de concessiehouder berekende geëxtrapoleerde fout bedraagt € 75.000.

De concessiehouder zal de foutief gedeclareerde kosten in 2013 corrigeren.

#### 4.3.4 Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2012

De concessiehouder heeft in de bestuurlijke verantwoording de volgende onzekerheden opgenomen in de foutentabel:

- onzekerheid ad € 985.000 als gevolg van onderhanden materiële controles;
- geëxtrapoleerde onzekerheid ad € 313.000 inzake een onderhanden PGB/VPZ controle.

De concessiehouder heeft op dit moment bovenstaande controles afgerond. De concessiehouder geeft aan dat de geconstateerde fouten zijn gecorrigeerd in de ingediende maanddeclaraties of bij de ingediende nacalculatie. De concessiehouder zal deze fouten in de financiële verantwoording 2013 corrigeren.

#### 4.4 Opvolging onderzoek 2011

Bij haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2011 heeft de NZa onrechtmatige bedrijfsopbrengsten/schaden geconstateerd voor een totaalbedrag van € 18.000. De concessiehouder moest deze fouten corrigeren. De concessiehouder heeft in een brief van 25 juni 2013 aangegeven dat, op basis van nader onderzoek, de door hen geconstateerde fout € 1.000 bedraagt.

De NZa heeft ook geconstateerd dat de financiële verantwoording van de concessiehouder over 2011 onzekerheden over de rechtmatigheid van de bedrijfsopbrengsten/schaden bevatte van € 429.000 met betrekking tot nog niet afgeronde materiële controles. De concessiehouder moest onderzoek doen naar de rechtmatigheid van deze in 2011 verantwoorde bedrijfsopbrengsten en schaden. De concessiehouder heeft in een brief van 25 juni 2013 aangegeven dat uit nader onderzoek een fout is geconstateerd van € 504.000 (inclusief de AL gerapporteerde fout). Van dit bedrag is € 455.000 gecorrigeerd. Het resterende bedrag had voor € 31.000 geen impact op de hoogte van de schade. Een bedrag ad € 18.000 is niet teruggevorderd doordat aan de gedeclareerde zorg een geldige indicatie ten grondslag lag en niet is vastgesteld dat deze zorg niet is geleverd. Interne administratieve oorzaken welke ten grondslag lagen aan de geconstateerde fout zijn verholpen.

De concessiehouder verzoekt, in de brief van 25 juni 2013, gezien het geringe bedrag van de resterende correcties deze achterwege te laten. Gezien de opvolging van de onzekerheden en de geringe omvang van de resterende fout gaat de NZa ermee akkoord de resterende fout niet te corrigeren. In het vervolg moeten alle fouten, ongeacht de omvang, door de concessiehouder gecorrigeerd worden.



## 5. Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2012

### 5.1 Inleiding

De NZa heeft de kwaliteit van de verantwoordingsinformatie 2012 (uitvoeringsverslag, financiële verantwoording, bestuurlijke verantwoording) beoordeeld op de volgende aspecten:

- Tijdigheid;
- Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken;
- Kwaliteit uitvoeringsverslag;
- Kwaliteit financiële verantwoording.

### 5.2 Tijdigheid

De verantwoordingsdocumenten 2012 zijn tijdig ontvangen.

### 5.3 Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken

De concessiehouder heeft zich voldoende verantwoord over de opvolging van verbeterpunten vorige onderzoeken.

### 5.4 Bestuurlijke verantwoording/uitvoeringsverslag

De informatie in de verantwoordingsinformatie is in een aantal gevallen vrij summier. Dit betreft de volgende prestatie-indicatoren.

Prestatie-indicator 2 en 8 PGB / VPZ:

In de bestuurlijke verantwoording dient volgens de prestatienormen te worden vermeld of de globale controles en de intensieve controles de controlepunten uit het controleprotocol raakten. In de bestuurlijke verantwoording wordt niet vermeld dat:

- bemiddelingskosten alleen toegestaan zijn bij budgethouders voor 2012;
- uitsluitend sprake is geweest van girale betalingen;
- indien de budgethouder is geïndiceerd voor verblijf, de bankrekening uitsluitend is gebruikt voor het PGB.

In het uitvoeringsverslag is geen passage opgenomen over de 'Borging van de deskundigheid in het PGB / VPZ proces'.

In het uitvoeringsverslag wordt wel melding gemaakt dat besloten is de cliëntenraadpleging voorlopig niet te houden, maar de beweegredenen daarvan wordt niet vermeld.

Prestatie-indicator 3 Klachtenbehandeling:

In het uitvoeringsverslag wordt vermeld dat de gemiddelde doorlooptijd van de klachtenbehandeling (VK02) negen dagen bedraagt, uit het onderzoek blijkt dat de gemiddelde doorlooptijd 22 dagen is.

Prestatie-indicator 9 Monitoring continuïteit zorgverlening:

In de bestuurlijke verantwoording is summier aandacht besteed aan:

- De toepassing van een draaiboek waarin is opgenomen welke mogelijkheden worden onderzocht om continuïteit van zorg te borgen;
- Het actieplan om de zorgplicht jegens cliënten te garanderen, als een zorgaanbieder in acute problemen komt;
- Bij vervolgcacties die concessiehouder in voorkomende gevallen heeft getroffen, is niet beschreven wat de concessiehouder heeft ondernomen om de zorg te continueren.

## 5.5 Financiële verantwoording

De concessiehouder heeft op basis van het onderzoek van de NZa geconstateerd dat de schaden AWBZ voorgaande jaren in de eerste versie van de financiële verantwoording € 23.487.000 te hoog waren verantwoord doordat de balanspost 2011 ten onrechte niet was teruggedraaid. In de eerste versie van de financiële verantwoording waren hierdoor de schaden AWBZ voorgaande jaren en de bijdragen CVZ € 23.487.000 te hoog verantwoord. De concessiehouder heeft, gezien de fout de tolerantie van 1% overschrijdt, een herziene financiële verantwoording inclusief nieuwe controleverklaring aangeleverd waarin deze fout is gecorrigeerd. In dit rapport is uitgegaan van de herziene versie van de financiële verantwoording.

De herziene versie van de financiële verantwoording is volledig en is opgesteld volgens het model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2012.

De bestuurlijke verantwoording in de financiële verantwoording heeft voldoende diepgang.

## 5.6 Accountantsproducten

De externe accountant heeft bij de financiële verantwoording een gecombineerde accountantsverklaring over de getrouwheid en de rechtmatigheid afgegeven. De verklaring over de getrouwheid heeft als oordeel dat de financiële verantwoording een zodanig inzicht geeft als in de gegeven omstandigheden vereist is, in overeenstemming met de grondslagen die zijn opgenomen in het model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2012.

De verklaring over de rechtmatigheid heeft als oordeel dat de schaden AWBZ (inclusief schaden AWBZ voorgaande jaren), bedrijfsopbrengsten AWBZ en beheerskosten AWBZ tot stand zijn gekomen in overeenstemming met de van toepassing zijnde wettelijke regelingen.

Het accountantsrapport bevat de uitkomsten van het onderzoek van de externe accountant. In het Protocol Accountantsonderzoek 2012 Concessiehouders staat dat de accountant zijn bevindingen ten aanzien van een aantal specifieke punten voor taak 15 tot en met 18 en de opvolging van fouten en onzekerheden op moet nemen in het rapport. De externe accountant is in het rapport niet ingegaan op deze punten waardoor de NZa een addendum heeft opgevraagd. De externe accountant heeft een aanvullend memorandum opgeleverd waarin alsnog op deze punten is ingegaan.