

Rapport

Uitvoering AWBZ 2013

Concessiehouder

Salland Zorgkantoor B.V.

December 2014

Inhoud

1. Samenvatting	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Opzet onderzoek 2013	5
1.3 Samenvattend oordeel uitvoering 2013	6
1.3.1 Uitvoering AWBZ 2013	6
1.3.2 Goede processen 2013	7
1.3.3 Voldoende processen 2013	7
1.3.4 Onvoldoende processen en handhaving 2013	9
1.3.5 Processen zonder oordeel	10
1.4 Opvolging verbeterpunten 2012	10
1.4.1 Opvolging verbeterpunten 2012	10
1.4.2 Opvolging verbeterpunten 2011	13
1.5 Opvolging handhavingsmaatregelen	13
1.5.1 Aanwijzing onvoldoende uitgevoerde processen 2012	13
1.5.2 Informatieverzoek opvolging verbeterpunten 2011	14
1.5.3 Informatieverzoek bevoorschotting zorgaanbieders	14
1.5.4 Aanwijzing wettelijke reserve AWBZ	14
1.6 Oordeel NZa over de rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2013	14
1.6.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2013	14
1.6.2 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2013	15
1.6.3 Opvolging onderzoek 2012	16
1.7 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2013	16
1.8 Tijdigheid verantwoordingsinformatie 2013	16
2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2013	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Prestatie-indicator 1: Zorg in natura	17
2.2.1 Prestatiemeting Zorg in natura	17
2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura	18
2.3 Prestatie-indicator 2: Persoonsgebonden budget	19
2.3.1 Prestatiemeting Persoonsgebonden budget	19
2.4 Prestatie-indicator 3: Klachtenbehandeling	22
2.4.1 Prestatiemeting Klachtenbehandeling	22
2.4.1.1 Reactie concessiehouder	24
2.4.1.2 Reactie NZa	24
2.4.2 Verdiepende vragen onderzoek Klachtenbehandeling	25
2.5 Prestatie-indicator 4: Contracteerproces	25
2.5.1 Prestatiemeting Contracteerproces	25
2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces	28
2.6 Prestatie-indicator 5: Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	29
2.6.1 Prestatiemeting Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	29
2.6.2 Verdiepende vragen onderzoek Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	31
2.7 Prestatie-indicator 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening	33
2.7.1 Prestatiemeting Innovatie en kwaliteit zorgverlening	33
2.8 Prestatie-indicator 7: Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	34
2.8.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	34
2.8.2 Informatieverzoek bevoorschotting zorgaanbieders	37
2.8.3 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	38

2.9	Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB	38
2.9.1	Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor PGB	38
2.9.2	Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB	42
2.9.3	Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor PGB	42
2.10	Prestatie-indicator 9: Monitoring continuïteit zorgverlening	43
2.10.1	Prestatiemeting Monitoring continuïteit zorgverlening	43
2.10.2	Verdiepende vragen onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening	46
2.11	Prestatie-indicator 10: Materiële controle	47
2.11.1	Prestatiemeting Materiële controle	47
2.11.2	Informatieverzoek verbeterpunten Materiële controle	50
2.12	Prestatie-indicator 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	50
2.12.1	Prestatiemeting Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	50
2.12.2	Aanwijzing Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	53
2.13	Prestatie-indicator 12: Administratieve organisatie en interne beheersing	54
2.13.1	Prestatiemeting Administratieve organisatie en interne beheersing	54
2.13.2	Aanwijzing Administratieve organisatie en interne beheersing	57
2.13.2.1	Reactie concessiehouder	58
2.13.2.2	Reactie NZa	60
3.	Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken	63
3.1	Opvolging verbeterpunten 2012	63
3.1.1.1	Reactie concessiehouder	68
3.1.1.2	Reactie NZa	68
3.2	Opvolging verbeterpunten 2011	68
4.	Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2013	71
4.1	Inleiding	71
4.2	Wettelijke reserve en beheerskosten 2013	71
4.2.1	Inleiding	71
4.2.2	Aanwijzing wettelijke reserve AWBZ	71
4.2.3	Bevindingen	71
4.2.4	Oordeel NZa	73
4.3	Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2013	73
4.3.1	Inleiding	73
4.3.2	Bevindingen	73
4.3.3	Onrechtmatigheden in de verantwoording 2013	74
4.3.4	Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2013	74
4.4	Opvolging onderzoek 2012	75
5.	Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2013	77
5.1	Inleiding	77
5.2	Tijdigheid	77
5.3	Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken	77
5.4	Uitvoeringsverslag	77
5.5	Bestuurlijke verantwoording	77
5.6	Financiële verantwoording	78
5.7	Accountantsproducten	78

1. Samenvatting

1.1 Inleiding

Op grond van artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) belast met toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) door 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 Salland Zorgkantoor B.V. voert de AWBZ uit voor de zorgregio Midden-IJssel.

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 2013. In dit protocol licht de NZa de toepassing van de prestatie-indicatoren en het bijbehorende normenkader toe.

Met dit rapport voert de NZa een aan haar bij wet opgelegde taak uit, dit volgt uit artikel 16 Wmg. Het is in het belang van een goede en democratische bestuursvoering dat het publiek inzage heeft in de wijze waarop publieke middelen worden besteed en de wijze waarop de toezichthouder hier toezicht op uitoefent. De door ons gevolgde procedure voldoet aan de vereisten voor actieve openbaarmaking, zoals voorgeschreven in de Wet openbaarheid van bestuur.

Wij hebben Salland Zorgkantoor B.V. in de gelegenheid gesteld om een zienswijze te geven over de openbaarmaking van het Rapport Uitvoering AWBZ 2013 en van de uitkomsten van het onderzoek in het Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2013. De concessiehouder heeft geen zienswijze gegeven.

1.2 Opzet onderzoek 2013

Vanaf 2010 onderzoekt de NZa niet langer alle prestatie-indicatoren. Wel besteedt de NZa vanaf 2010 meer specifieke aandacht aan aspecten die om extra aandacht vragen, zoals nieuwe beleidsontwikkelingen in de AWBZ en de voorgenomen wijziging van de uitvoeringsstructuur van de AWBZ. De NZa is van mening dat op deze wijze optimaal rekening kan worden gehouden met nieuwe ontwikkelingen in de 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:

- Persoonsgebonden budget (PI 2);
- Klachtenbehandeling (PI 3);
- Contracteerproces (PI 4);
- Doelmatige zorgverlening binnen de contracteerruimte (PI 5);

- Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura (PI 7);
- Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget (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:

- Zorg in natura (PI 1);
- Innovatie en kwaliteit zorgverlening (PI 6).

De reden hiervoor is dat voor deze prestatie-indicatoren concessiehouders over 2012 goed scoorden. Wel zijn in ieder geval die toetsingselementen onderzocht die in de prestatiemeting 2013 als cruciaal zijn bestempeld, te weten 'Bewaking tijdige levering niet – acute zorg' (PI 1) en 'Stimuleren van zorg in de eigen omgeving en zelfredzaamheid van cliënten' (PI 6).

Daarnaast heeft de NZa door middel van verdiepend onderzoek specifieke aandacht besteed aan nieuwe beleidsontwikkelingen in de AWBZ, zoals ontwikkelingen rondom de extramuralisering van AWBZ-zorg, voorbereiding op de voorgenomen overheveling van AWBZ-zorg naar de Wmo en de gevolgen hiervan voor de continuïteit van zorgverlening. Verder heeft de NZa extra aandacht besteed aan het bewaken van de zogenoemde mutatiedagen. Ook de informatieverstrekking aan cliënten over bijbetalingen voor aanvullende diensten is een bijzonder aandachtspunt. Verder heeft de NZa in het verdiepend onderzoek meer nadruk gelegd op doelmatigheidsaspecten.

Het onderzoek Uitvoering AWBZ 2012 heeft geleid tot diverse toezichtmaatregelen, dit betreft enerzijds aanwijzingen voor onvoldoende uitgevoerde processen 2012 (PGB, Materiële controle, Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik en Administratieve organisatie en interne beheersing) en de aanwezige negatieve wettelijke reserve AWBZ. Anderzijds betreft dit informatieverzoeken in verband met opvolgen verbeterpunten 2011, saldi openstaande vorderingen PGB en bevoorschotting van zorgaanbieders. De NZa heeft zowel de opvolging van de aanwijzingen als de informatieverzoeken tussentijds gevolgd en bij het reguliere onderzoek over 2013 betrokken.

Tot slot heeft de NZa de rechtmatigheid van uitgaven en ontvangsten van de concessiehouders (inclusief beheerskosten AWBZ) onderzocht. De NZa heeft beoordeeld of de door de externe accountant verrichte werkzaamheden toereikend waren voor het afgeven van zijn accountantsoordeel. Verder heeft de NZa meer dan voorgaande jaren aandacht besteed aan het functioneren van de keten. De mate waarin de werkzaamheden van de externe accountant van de concessiehouder en de externe accountant van de zorgaanbieder elkaar aanvullen, heeft daarbij de bijzondere aandacht gehad. Daarnaast wordt extra aandacht besteed aan de aansluiting tussen de goedgekeurde declaraties (op cliëntniveau) en de verantwoorde productie in de nacalculatieformulieren.

1.3 Samenvattend oordeel uitvoering 2013

1.3.1 Uitvoering AWBZ 2013

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 2013

Prestatie-indicatoren AWBZ	Paragraaf	Oordeel 2013	Wegingsfactor	Score ¹
Prestatieveld 1: Service aan cliënten				
1. Zorg in Natura	Zie paragraaf 2.2.1	n.v.t.	3	n.v.t.
2. Persoonsgebonden budget	Zie paragraaf 2.3.1.	V	1	1
3. Klachtenbehandeling	Zie paragraaf 2.4.1	Geen oordeel	3	Geen score
Prestatieveld 2: Zorginkoop en contractering				
4. Contracteerproces	Zie paragraaf 2.5.1	V	1	1
5. Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	Zie paragraaf 2.6.1	G	2	4
6. Innovatie en kwaliteit zorgverlening	Zie paragraaf 2.7.1	n.v.t.	2	n.v.t.
Prestatieveld 3: Moderne administratieve organisatie				
7. Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	Zie paragraaf 2.8.1	V	3	3
8. Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget	Zie paragraaf 2.9.1	G	2	4
9. Monitoring continuïteit zorgverlening	Zie paragraaf 2.10.1	V	3	3
10. Materiële controle	Zie paragraaf 2.11.1	V	2	2
11. Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	Zie paragraaf 2.12.1	V	2	2
12. Administratieve organisatie en interne beheersing	Zie paragraaf 2.13.1	O	1	0

Bron: NZa

1.3.2 Goede processen 2013

Salland Zorgkantoor B.V. heeft de processen Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte en Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget op goede wijze uitgevoerd.

1.3.3 Voldoende processen 2013

Salland Zorgkantoor B.V. heeft de processen Persoonsgebonden budget, Contracteerproces, Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura, Monitoring continuïteit zorgverlening, Materiële controle en Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik op voldoende wijze uitgevoerd. Voor deze processen moet de concessiehouder de volgende verbeterpunten doorvoeren:

¹ 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 2013 voldoende processen

Verbeterpunten 2013 ²	
1.	<p><i>Persoonsgebonden budget:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het (nogmaals) doorlopen van de website op toegankelijkheid van de teksten. – Het niet gebruikte budget terugvorderen door het versturen van een acceptgirokaart. – Het informeren van de budgethouder binnen zes weken na ontvangst van het volledig ingevulde verantwoordingsformulier over de uitkomst van de globale controle. – Het tijdig, dat wil zeggen twee maanden, voor het verstrijken van de indicatieperiode informeren van de budgethouder over het aanvragen van een herindicatie. – Het afgeven van PGB-beschikkingen binnen tien weken na ontvangst van de aanvraag / de indicatie in meer dan 95% van de gevallen.
2.	<p><i>Contracteerproces:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het aantoonbaar maken dat de concessiehouder heeft gecontroleerd dat de cliëntenraad door de zorgaanbieder is geraadpleegd over de algemene gang van zaken rond de verbeterprojecten en de invulling van het zorgplan. – Het jaarlijks opstellen van een regiovisie met aandacht voor regionale ontwikkelingen onder andere als gevolg van overheidsbeleid. – Het in het inkoopbeleid concreet uitwerken welke criteria specifiek voor nieuwe zorgaanbidders gelden, welke criteria gewijzigd worden toegepast voor nieuwe zorgaanbidders en welke niet worden toegepast. – Het duidelijker weergeven van de in de regio overeengekomen budgetten in de brief aan de gecontracteerde zorgaanbidders. De brief uit 2013 was op onderdelen niet erg transparant. – Het in het contracteerbeleid benoemen van de vormen van onderaanneming, die de concessiehouder als zodanig onderscheidt. – Het in contracteerbeleid duidelijk opnemen van de wijzigingen in het beleid ten opzichte van het voorgaande jaar (en als er geen wijzigingen zijn, dan moet ook dit expliciet worden vermeld). – Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder zich houdt aan de leveringsvoorwaarden betreffende het ontruimen van de leefruimte na overlijden.
3.	<p><i>Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het maken van afspraken in de overeenkomst met de zorgaanbieder over de bevoorschotting op basis van de declaratie op cliëntniveau en over de aanpassing van de bevoorschotting per declaratieperiode. – Het volgen van de tijdigheid van de AW319 op basis van de indiening van de declaratie over periode t in de periode t + 1. Correcties en nagekomen declaraties over periode t lopen mee met de declaraties over latere perioden, en tellen voor de tijdigheid niet mee over periode t. – Het met voldoende betrouwbaarheid monitoren van de volledigheid van de AW319 gedurende het gehele jaar evenals in 2012 en 2013. – Het opstellen van een duidelijke managementrapportage over de tijdigheid, juistheid en volledigheid van declaraties evenals in 2012 en 2013. – Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting van de zorgaanbieder aan de goedgekeurde productie op cliëntniveau AW319 evenals in 2012 en 2013.
4.	<p><i>Monitoring continuïteit zorgverlening:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het aantoonbaar bespreken van de stand van zaken rondom cliënt gerichte declaratie tijdens het voor- en/of najaarsoverleg. – Het in het stappenplan opnemen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor het opstellen van een noodplan, inclusief de te ondernemen acties, waaronder het melden van overmacht bij de NZa zoals opgenomen in beleidsregel TH/BR-008. – Het ontwikkelen en vastleggen van een visie over de hervormingen langdurige zorg. – Het aantoonbaar maken dat het management direct wordt geïnformeerd als er signalen zijn als de continuïteit van zorgverlening in gevaar dreigt te komen.

² Voor een juiste interpretatie van de verbeterpunten is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragrafen 2.3, 2.5, 2.8 en 2.10 te raadplegen

Verbeterpunten 2013 ³	
5.	<p><i>Materiële controle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het verhogen van de capaciteit voor de materiële controles. – Het opstellen van een realistische planning toegespitst op alle in te zetten controlemiddelen, voor zowel algemene als specifieke controles. – Het aanscherpen van de risico-analyses, waarbij duidelijker wordt onderbouwd waarom er geen sprake is van hoge risico's en waarbij meer aandacht wordt besteed aan het risico van upcoding. – Het verder uitbreiden van de toepassing van instrumenten van verbandscontrole, cijfer- en data-analyse. – Het meer gestructureerd vastleggen van de geplande en gerealiseerde materiële controles en vermelding van de uitkomsten.
6.	<p><i>Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het instellen van onderzoeken op basis van frauderisico's. – Het aantoonbaar inzetten van bestands- of systeemvergelijkingen op mogelijke risicogebieden van misbruik en oneigenlijk gebruik. – Het bewaken dat alle vermoedens van misbruik worden gemeld bij de coördinator fraudebestrijding. – Het meer gestructureerd registreren van de geplande en uitgevoerde fraudeonderzoeken en de vermelding van de resultaten. – Het instellen van een audit naar de naleving van het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit en de beoordeling van de ingevulde Monitor Fraudebeheersing.

Bron: NZa

De concessiehouder moet zich over de gevraagde verbeterpunten verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2014.

1.3.4 Onvoldoende processen en handhaving 2013

De NZa kan volgens haar bevoegdheid op basis van de Wmg handhavingsmaatregelen opleggen.

Salland Zorgkantoor B.V. heeft het proces Administratieve organisatie en interne beheersing op onvoldoende wijze uitgevoerd. Salland Zorgkantoor B.V. moet de volgende verbeteringen realiseren:

³ Voor een juiste interpretatie van de verbeterpunten is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragrafen 2.11 en 2.12 te raadplegen

Tabel 3. Verbeterpunten 2013 onvoldoende proces(sen)

	Verbeterpunten 2013 ⁴
1.	<p><i>Administratieve organisatie en interne beheersing:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het opstellen van een meer onderbouwd controleplan, waaruit onder andere blijkt wat de doelstelling van de controlewerkzaamheden is, wat het tijdstip, de frequentie en de selectiewijze van de uit te voeren controlewerkzaamheden is met motivatie hiervan. - Het opstellen van een meer uitgebreid en expliciet controleplan, zodanig dat van daaruit een audittrail naar de uitgevoerde werkzaamheden kan worden gelegd. - Het tijdig volledig uitvoeren van de controles. - Het op een zichtbare wijze relateren van bevindingen van de uitgevoerde interne controlewerkzaamheden aan het controleplan. - Het periodiek (maandelijks of per kwartaal) genereren van managementinformatie van de uitgevoerde interne controles en de uitkomsten hiervan. - Het schriftelijk vastleggen van de bespreking van de managementinformatie en de follow-up hiervan. - Het specifiek aantonen dat de implementatie van wijzigingen in wet- en regelgeving in applicaties volledig, juist en tijdig heeft plaatsgevonden. - Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken. - Het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van de continuïteit van de geautomatiseerde systemen. - Het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen. - Het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van het change management van de geautomatiseerde systemen. - Het opnemen van AZR in de IT-audit, zodat kan worden aangetoond dat er toereikende maatregelen zijn genomen ten aanzien van de opzet, bestaan en werking van AZR. - Het schriftelijk vastleggen van kennisname van het management van de bevindingen en eventuele vervolgacties.

Bron: NZa

De NZa heeft deze verbeterpunten met het management van de concessiehouder besproken tijdens de afstemming van het conceptrapport op 22 oktober 2014.

1.3.5 Processen zonder oordeel

Voor het proces Klachtenbehandeling kan de NZa geen oordeel vellen, vanwege het ontbreken van voldoende geregistreerde ontvangen klachten.

De NZa dringt er bij de concessiehouder met grote klem op aan extra alert te zijn op signalen van verzekerden die geïnterpreteerd kunnen worden als klacht. Naast het serieus nemen van verzekerden wordt hiermee een ander belangrijk doel nagestreefd, namelijk de mogelijkheid om de eigen werkprocessen te verbeteren.

De concessiehouder moet zich wel over de genoemde verbeterpunten verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2014 (zie ook paragraaf 2.4).

1.4 Opgvolging verbeterpunten 2012

1.4.1 Opgvolging verbeterpunten 2012

In het rapport uitvoering AWBZ 2012 heeft de NZa verbeterpunten opgenomen als de concessiehouder op de betreffende prestatie-indicator een onvoldoende of een voldoende heeft gerealiseerd.

⁴ Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.13 te raadplegen.

Salland Zorgkantoor B.V. heeft de verbeterpunten 2012 met betrekking tot het proces Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget zodanig gerealiseerd dat de betreffende prestatie-indicator in 2013 op goede wijze is uitgevoerd. De NZa gaat ervan uit dat de nog resterende verbeterpunten met betrekking tot het proces Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget alsnog worden gerealiseerd (zie hoofdstuk 3).

In tabel 4 zijn de verbeterpunten 2012 opgenomen die de concessiehouder nog niet (geheel) heeft gerealiseerd, voor in 2013 niet op goede wijze uitgevoerde processen.

Tabel 4. Opvolging verbeterpunten 2012

Verbeterpunten 2012 die niet (geheel) gerealiseerd zijn ⁵	
1.	<p><i>Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het aantoonbaar zicht verkrijgen op welke zorgaanbieders wel en welke niet in staat zijn om voldoende op cliëntniveau te declareren. – Het opstellen van een duidelijke managementrapportage over de tijdigheid en volledigheid van declaraties. – Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting aan de werkelijk gedeclareerde productie.
2.	<p><i>Monitoring continuïteit zorgverlening:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het in het stappenplan opnemen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor het opstellen van een noodplan, inclusief de te ondernemen acties. – Het aantoonbaar (schriftelijk) informeren van het management over mogelijke discontinuïteit van zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders
3.	<p><i>Materiële controle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het verhogen van de capaciteit voor de materiële controles.
4.	<p><i>Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het inschakelen van de coördinator fraudebestrijding bij alle vermoedens van fraude. – Het beter onderbouwen en inzichtelijk maken van de vervolgacties na geconstateerde zorgfraude.
5.	<p><i>Administratieve organisatie en interne beheersing:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het opstellen van een meer onderbouwd controleplan, waaruit onder andere blijkt wat de doelstelling van de controlewerkzaamheden is, wat het tijdstip, de frequentie en de selectiewijze van de uit te voeren controlewerkzaamheden is met motivatie hiervan – Het opstellen van een meer uitgebreid en expliciet controleplan, zodanig dat van daaruit een audittrail naar de uitgevoerde werkzaamheden kan worden gelegd waardoor onder andere aangetoond kan worden dat er in voldoende mate voor alle processen werkzaamheden zijn uitgevoerd, de posten op juiste wijze zijn geselecteerd en alle vooraf gestelde controlewerkzaamheden zijn uitgevoerd en het tijdig volledig uitvoeren van de controles. – Het op een zichtbare wijze relateren van bevindingen van de uitgevoerde interne controlewerkzaamheden aan het controleplan. – Het periodiek (maandelijks of per kwartaal) genereren van managementinformatie van de uitgevoerde interne controles en de uitkomsten hiervan en het schriftelijk vastleggen van de bespreking van de managementinformatie en de follow-up hiervan. – Het specifiek aantonen dat implementatie van wijzigingen in wet- en regelgeving in applicaties volledig, juist en tijdig heeft plaatsgevonden. – Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken. – Het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van de continuïteit van de geautomatiseerde systemen, zodat aantoonbaar is dat er toereikende maatregelen zijn getroffen voor de continuïteit van de geautomatiseerde systemen en dat deze maatregelen hebben gewerkt en het schriftelijk vastleggen van kennisname van het management van de bevindingen en eventuele vervolgacties. – Het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen, zodat aantoonbaar is dat er in opzet toereikende maatregelen voor logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen zijn en dat deze maatregelen bestaan en werken en het schriftelijk vastleggen van kennisname van het management van de bevindingen en eventuele vervolgacties. – Het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van het change management van de geautomatiseerde systemen, zodat aantoonbaar is dat er toereikende maatregelen zijn getroffen voor change management en dat deze maatregelen hebben gewerkt en het schriftelijk vastleggen van kennisname van het management van de bevindingen en eventuele vervolgacties. – Het opnemen van AZR in de IT-audit, zodat kan worden aangetoond dat er toereikende maatregelen zijn genomen ten aanzien van de opzet, bestaan en werking van AZR en het schriftelijk vastleggen van de bevindingen van het management van de IT-audit en eventuele vervolgacties.

Bron: NZa

De concessiehouder moet zich over de gevraagde verbeterpunten expliciet verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2014.

⁵ Voor een juiste interpretatie van de verbeterpunten is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in hoofdstuk 3 te raadplegen

1.4.2 Opvolging verbeterpunten 2011

De NZa heeft in het onderzoek uitvoering AWBZ 2012 de opvolging van de verbeterpunten 2011 beoordeeld. Voor het proces Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik is, omdat de concessiehouder in 2012 een onvoldoende scoorde, een aanwijzing opgelegd (zie onder 2.12 voor de opvolging hiervan).

Salland Zorgkantoor N.V. heeft het volgende verbeterpunt 2011 niet (geheel) gerealiseerd:

Tabel 5. Opvolging verbeterpunten 2011

Verbeterpunten 2011 die niet (geheel) gerealiseerd zijn	
1.	<i>Materiële controle:</i> – Het inzetten van bestandsanalyses/datamining als onderdeel van de controlemiddelen.

Bron: NZa

Alle verbeterpunten 2011 voor het proces Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik Materiële controle zijn wel gerealiseerd. De concessiehouder moet zich over de openstaande verbeterpunten 2011 Materiële controle expliciet verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2014.

1.5 Opvolging handhavingsmaatregelen

1.5.1 Aanwijzing onvoldoende uitgevoerde processen 2012

Salland Zorgkantoor B.V. heeft de processen Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik en Administratieve organisatie en interne beheersing over 2012 op onvoldoende wijze uitgevoerd. Salland Zorgkantoor B.V. voert zijn werkzaamheden onder verantwoordelijkheid van de AWBZ-verzekeraars uit, daarom heeft de NZa de AWBZ-verzekeraars hiervoor een aanwijzing gegeven. Die aanwijzing hield in dat Salland Zorgkantoor B.V. uiterlijk 1 oktober 2014 de uitvoering van beide processen minimaal op een voldoende niveau moest hebben gebracht. De AWBZ-verzekeraars moesten de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2011. In onderling overleg hebben de AWBZ-verzekeraars Salland Zorgkantoor B.V. gemachtigd namens hen te rapporteren aan de NZa.

Uit het onderzoek blijkt dat Salland Zorgkantoor B.V. het proces Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik inmiddels op voldoende wijze uitvoert.

Uit het onderzoek blijkt verder dat Salland Zorgkantoor B.V. het proces Administratieve organisatie en interne beheersing in 2013 nog niet op voldoende wijze heeft uitgevoerd.

Per 1 oktober 2014 moet de concessiehouder tenminste de opzet en het bestaan van de administratieve organisatie en interne beheersing op orde hebben. De werking daarvan kan pas in een later stadium worden vastgesteld.

Met brief van 15 oktober 2014 heeft de concessiehouder de NZa geïnformeerd over de stand van zaken per 1 oktober 2014 over de opvolging van de aanwijzing. De NZa zal tussentijds zowel de opzet, het

bestaan en de werking van de administratieve organisatie en interne beheersing beoordelen en de concessiehouder daarover informeren.

1.5.2 Informatieverzoek opvolging verbeterpunten 2011

De NZa heeft in het rapport uitvoering AWBZ 2012 de opvolging van de verbeterpunten 2011 beoordeeld. Indien de verbeterpunten 2011 niet (geheel) gerealiseerd waren dan heeft de NZa hiervoor maatregelen opgelegd. De NZa heeft hiertoe een informatieverzoek gedaan op basis van art. 61 Wmg. De concessiehouder moest de NZa hierover periodiek informeren.

De NZa heeft in haar onderzoek over 2012 geconstateerd dat Salland Zorgkantoor B.V. zeven verbeterpunten 2011 Materiële controle nog niet (geheel) had gerealiseerd. Uit het onderzoek 2013 blijkt dat Salland Zorgkantoor B.V. inmiddels vrijwel geheel aan deze verbeterpunten heeft voldaan. Het verhogen van de capaciteit voor de materiële controles en het inzetten van bestandsanalyses/datamining als onderdeel van de controlemiddelen zijn nog resterende verbeterpunten.

1.5.3 Informatieverzoek bevoorschotting zorgaanbieders

De NZa heeft in haar onderzoek over 2012 geconstateerd dat Salland Zorgkantoor B.V. zorgaanbieders niet maandelijks bevoorschot op basis van de realisatie volgens de productieoverzichten. Salland Zorgkantoor B.V. moest de NZa periodiek informeren over de stand van zaken van bovengenoemd verbeterpunt.

Uit het onderzoek blijkt dat Salland Zorgkantoor B.V. het beleid ten aanzien van de bevoorschotting naar aanleiding van het informatieverzoek niet heeft gewijzigd. Zorgaanbieders worden bevoorschot op basis van de gerealiseerde productie met dien verstande dat de concessiehouder daarbij een bandbreedte van 5% hanteert.

1.5.4 Aanwijzing wettelijke reserve AWBZ

In het rapport 2012 heeft de NZa een aanwijzing opgelegd om de negatieve wettelijke reserve AWBZ om te buigen in een positieve wettelijke reserve AWBZ. Ultimo 2013 is de wettelijke reserve AWBZ positief en daarmee heeft de concessiehouder aan de aanwijzing voldaan.

1.6 Oordeel NZa over de rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2013

1.6.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2013

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2013 bedraagt € 206.000 (2012: negatief € 132.000). De NZa concludeert dat de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten over 2013 van € 2.988.000 rechtmatig zijn.

Het Zorginstituut Nederland heeft de NZa verzocht de UAZ verantwoordingen met betrekking tot 2012 te beoordelen en haar bevindingen hierover te rapporteren aan het Zorginstituut Nederland. De NZa zal haar bevindingen naar aanleiding van de beoordeling van de verantwoording van de concessiehouder in een apart rapport opnemen. Het Zorginstituut Nederland zal het deelbudget UAZ in 2015 definitief vaststellen.

Door de concessiehouder is de subsidie Fraudebestrijding PGB 2013-2014 onjuist verantwoord in de financiële verantwoording 2013. De concessiehouder moet dit corrigeren in de financiële verantwoording 2014.

De concessiehouder heeft in 2013 een bescheiden rendement toegerekend aan de wettelijke reserve AWBZ. Het rendementspercentage is acceptabel.

Het in 2013 behaalde rendement op tijdelijk overtollige middelen PGB geeft geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.

1.6.2 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2013

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies (€ 305.758.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 302.432.000) over 2013 rechtmatig zijn, met uitzondering van de hierna opgenomen onrechtmatigheden en onzekerheden over de rechtmatigheid.

De NZa concludeert op basis van de bevindingen in hoofdstuk 4 dat over 2013 voor een totaalbedrag van € 1.200 aan onrechtmatige uitgaven / ontvangsten is geconstateerd met betrekking tot uitgevoerde formele controles. De concessiehouder moet deze fout corrigeren in de financiële verantwoording 2014.

In hoofdstuk 4 heeft de NZa geconcludeerd dat er onzekerheid over de rechtmatigheid bestaat voor een bedrag van € 12.000 ten aanzien van onderzoeken materiële controle.

De concessiehouder moet onderzoek doen naar de rechtmatigheid van deze post. In afwachting van de resultaten van dit onderzoek schort de NZa haar oordeel over deze uitgaven op.

De concessiehouder moet zich over de onderzoeksresultaten verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2014.

De concessiehouder heeft in 2013 de formele controles met een nauwkeurigheid van 97% uitgevoerd. De Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars vraagt in artikel 9 een nauwkeurigheid van 99%. De extern accountant van de concessiehouder heeft een goedkeurende accountantsverklaring afgegeven voor het onderdeel formele controles op basis van het nauwkeurigheidspercentage van 97%. Door de concessiehouder en de externe accountant is een onderbouwing aangeleverd die het aannemelijk maakt dat het hanteren van een nauwkeurigheid van 97% voor de formele controles niet leidt tot een ander oordeel over de rechtmatigheid dan als het nauwkeurigheidspercentage van 99% gehanteerd zou zijn.

Voor de formele controles in volgende boekjaren moet de concessiehouder de controles uitvoeren rekening houdend met het in de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars genoemde nauwkeurigheidspercentage.

Als uit het onderzoek over 2014 blijkt dat het in 2013 gehanteerde nauwkeurigheidspercentage heeft geleid tot het niet ontdekken van fouten en onzekerheden in de financiële verantwoording 2013 dan moet de concessiehouder nader onderzoek doen en eventuele fouten corrigeren in de financiële verantwoording 2014.

1.6.3 Opvolging onderzoek 2012

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 2012 is afgedaan.

1.7 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2013

De NZa concludeert op basis van de bevindingen in hoofdstuk 4 dat de concessiehouder in het uitvoeringsverslag en de bestuurlijke verantwoording niet alle aspecten met voldoende diepgang heeft behandeld.

De financiële verantwoording is niet geheel opgesteld volgens het model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2013. Niet alle posten zijn op de juiste plaats gerubriceerd in de financiële verantwoording 2013.

1.8 Tijdigheid verantwoordingsinformatie 2013

De verantwoordingsdocumenten 2013 zijn tijdig ontvangen.

2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2013

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk heeft de NZa de bevindingen en conclusies opgenomen van het onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2013.

In de betreffende paragrafen over de uitkomsten van de prestatiemetingen 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.

Indien de concessiehouder onvoldoende heeft gescoord voor een prestatie-indicator dan moet de concessiehouder de in de tabel opgenoemde verbeterpunten doorvoeren. 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 betreffende paragrafen 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 2013 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Zorg in natura.

Tabel 6. Prestatiemeting 2013 Zorg in natura

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
D.	Ervoor zorgen dat AWBZ-verzekerden hun aanspraken kunnen realiseren overeenkomstig aard, inhoud en omvang zoals in het indicatiebesluit is vastgesteld		
D.1	<p>Norm: De concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - maakt in de overeenkomst 2014 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. De concessiehouder verbindt consequenties aan het niet naleven van de afspraken in de overeenkomst 2014 en/of in het inkoopbeleid; - controleert in 2013 periodiek of zorgaanbieders de afspraken opvolgen over de tijdigheid van het berichtenverkeer AZR en monitort 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; - biedt de verzekerde in 2013 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. De concessiehouder kan hierbij gebruik maken van uit de AZR te genereren overzichten van actief wachtende cliënten, die na het verstrijken van de Treeknorm nog geen overbruggingszorg ontvangen. - zorgt in 2013 voor de landelijke wachtlijstregistratie van het Zorginstituut Nederland (voorheen het CVZ⁶) voor een correcte, maandelijks doorlevering van het landelijk aanleverbericht AW317 en de verdere opschoning van de wachtlijsten samen met het Zorginstituut Nederland en de andere concessiehouders. 	2	1,75
	<p>Verbeterpunt: Het periodiek controleren van de afwezigheid van MAZ en MUT berichten aan de hand van AW319, bijvoorbeeld via facultatieve controle Vektis of via bestandsvergelijking</p>		
TOTAAL		2	1,75

Bron: NZa

De NZa adviseert de concessiehouder het vermelde verbeterpunt 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.

⁶ Met ingang van 1 april 2014 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zijn werkzaamheden voort gezet onder een nieuwe naam: Zorginstituut Nederland.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Beschikbare etalage informatie voor verzekerden

De etalage-informatie wordt niet langer op kiesBeter bijgehouden. Salland Zorgkantoor B.V. vermeldt in de zorgatlas op de website per gecontracteerde zorgaanbieder een overzicht van etalage-informatie. De zorgatlas wordt gecontroleerd en, waar nodig, aangepast. De concessiehouder heeft in 2013 alle websites van de zorgaanbieders getoetst op kwaliteit, etalage-informatie, wachtlijstinformatie en algemene informatie. Ook bekijkt de concessiehouder de uitgebreidheid, actualiteit, gebruiksvriendelijkheid en contactmogelijkheid. De concessiehouder verlangt niet van zorgaanbieders dat deze hun informatie op een landelijke site plaatsen.

Rol Zorginstituut Nederland

Salland Zorgkantoor B.V. heeft nog geen ervaring met de invloed van het Zorginstituut Nederland op de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie over AWBZ-zorgaanbieders.

2.3 Prestatie-indicator 2: Persoonsgebonden budget

2.3.1 Prestatiemeting Persoonsgebonden budget

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2013 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Persoonsgebonden budget.

Tabel 7. Prestatiemeting 2013 Persoonsgebonden budget

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.	Cliëntgerichte en cliëntvriendelijke informatieverstrekking aan budgethouders		
A.1	<p>Norm:</p> <p>De concessiehouder verstrekt actuele informatie voor PGB geïnteresseerden over het verschil tussen ZIN en PGB, hoe zorg in te kopen, de criteria waaraan een aanvrager bij voorkeur moet voldoen, een koppeling naar de website van Per Saldo, onder verwijzing naar de informatie over de PGB zelftest, de PGB hulpplannen en het invullen van een budgetplan en de consequenties voor de budgethouder bij eventuele fraude.</p> <p>De concessiehouder besteedt in het kader van voorlichting over het PGB specifiek aandacht aan de bijzondere voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de 10-uren eis voor de functie begeleiding; - een onderzoek door de verzekerde, voorafgaande aan de aanvraag, of er zorg in natura beschikbaar is en de hulp van de concessiehouder hierbij; - het indienen van een budgetplan waaruit blijkt dat het AWBZ-verzekerde zorg betreft en niet uitsluitend zorg vanwege door de concessiehouder gecontracteerde zorgaanbieders. <p>De concessiehouder geeft beginnende PGB-houders actuele informatie via:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de bewuste-keuze gesprekken met alle aspirant PGB-houders, waarbij hij de 'Handreiking proces bewuste-keuzegesprek met nieuwe budgethouders' hanteert; - het verstrekken van een informatiemap aan alle verzekerden aan wie recent een PGB is toegekend; - 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. <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-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 Zorginstituut Nederland op de website beschikbaar.</p> <p>De concessiehouder waarborgt dat betreffende medewerkers beschikken over specifieke deskundigheid om het PGB uit te kunnen voeren (bijvoorbeeld door opleiding, bijscholing en/of ervaring).</p>	2	1,8
	<p>Verbeterpunt:</p> <p>Het (nogmaals) doorlopen van de website op toegankelijkheid van de teksten, zodat deze voor alle (potentiële) budgethouders leesbaar en te begrijpen is.</p>		
A.2	<p>Norm:</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"> - de omvang van het jaarbudget; en de vermindering in verband met de eigen bijdrage; - indien de indicatie gedurende het jaar afloopt: ook de omvang van het budget naar rato; - hoe het budget is opgebouwd; - de voorschotperioden met uitbetalingsdata. 	0,5	0,5

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.3	<p>Norm: 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-storting betrekking heeft.</p>	0,5	0,5
A.4	<p>Norm: De concessiehouder verzendt de verantwoordingsformulieren uiterlijk één week voor afloop van de verantwoordingsperiode aan de betreffende budgethouders.</p>	0,5	0,5
A.5	<p>Norm: 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 (van de afdeling PGB) en e-mailadres (dan wel andere mogelijkheid om elektronische vragen te stellen) opgenomen voor het stellen van vragen.</p> <p>In de brief is aangegeven over welke periode de budgethouder zich aan het zorgkantoor moet verantwoorden. De brief bevat informatie over de verwachte reactietermijn van het zorgkantoor.</p> <p>Het meezenden van een cliëntvriendelijke brief bij de verantwoordingsformulieren vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	0,25	0,25
A.6	<p>Norm: Als na verantwoording over het gehele jaar is vastgesteld dat het verstrekte budget niet volledig is gebruikt voor de inkoop van geïndiceerde zorg, vordert de concessiehouder terug. De terugvordering van het vastgestelde bedrag geschiedt in de vorm van een acceptgiro.</p> <p>Indien de budgethouder het bedrag niet voldoet, en de vordering juridisch opeisbaar wordt na ommekomst van de bezwaartermijn of een beslissing op bezwaar, gaat de concessiehouder over tot verrekening van de vordering in de bevoorschotting van het lopende jaar, mits aan alle voorwaarden voor verrekening is voldaan of beëindiging van de bevoorschotting.</p>	0,5	0
	<p>Verbeterpunt: Het niet gebruikte budget terugvorderen door het versturen van een acceptgirokaart (factuur voor terugvordering).</p>		
A.7	<p>Norm: 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>	1	0,5
	<p>Verbeterpunt: Het informeren van de budgethouder binnen zes weken na ontvangst van het volledig ingevulde verantwoordingsformulier over de uitkomst van de globale controle.</p>		
A.8	<p>Norm: 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>	0,5	0

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	Verbeterpunt: Het tijdig, dat wil zeggen twee maanden, voor het verstrijken van de indicatieperiode informeren van de budgethouder over het aanvragen van een herindicatie.		
A.9	Norm: De budgethouders kunnen vanaf 1 januari 2012 de verantwoordingsformulieren 2012 en 2013 ook elektronisch indienen bij de concessiehouder (via DigiD, Epgb dan wel e-mail).	0,25	0,25
B.	Faciliteren van budgethouders bij verzilveren recht op zorg		
B.1	Norm: De NZa verstrekt de maximale score als de concessiehouder het PGB-budget toekent binnen 28 dagen nadat de aanvraag / de indicatie is ontvangen en de helft van de score als de toekenning binnen 42 dagen plaatsvindt. De NZa kent 0,5 punt toe als de toekenning binnen 70 dagen plaatsvindt.	2	2
	Bevinding: Het gemiddeld aantal kalenderdagen tussen de ontvangst van de aanvraag / de indicatie PGB en toekenning van het PGB-budget bedraagt in 2013 voor Zorgkantoor Midden-IJssel: 20 dagen.		
B.2	Norm: De NZa verstrekt de maximale score als het percentage PGB-beschikkingen dat binnen tien weken na de ontvangst van de aanvraag / de indicatie is afgegeven meer dan 95% bedraagt.	2	1
	Bevinding: Het percentage PGB-beschikkingen dat binnen tien weken na ontvangst van de aanvraag / de indicatie is afgegeven bedraagt in 2013 voor zorgkantoor Midden IJssel: 92,1%. Indien rekening gehouden wordt met omstandigheden die buiten het bereik van de concessiehouder ligt komt het percentage uit op 97,8%.		
	Verbeterpunt: Het afgeven van PGB-beschikkingen binnen tien weken na ontvangst van de aanvraag / de indicatie in meer dan 95% van de gevallen.		
	TOTAAL	10	7,3

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Persoonsgebonden budget voldoende uitgevoerd. De concessiehouder moet bovengenoemde verbeterpunten doorvoeren.

2.4 Prestatie-indicator 3: Klachtenbehandeling

2.4.1 Prestatiemeting Klachtenbehandeling

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2013 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Klachtenbehandeling.

Tabel 8. Prestatiemeting 2013 Klachtenbehandeling

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.	Informatieverstrekking over mogelijkheid indienen van een klacht		
	<p>Norm: De concessiehouder stelt juiste, heldere en toegankelijke informatie beschikbaar via de website en via een folder over de mogelijkheid van het indienen van een klacht.</p>	0,25	0,25
B.	Organisatie		
	<p>Norm: De concessiehouder beschikt over een actuele procedurebeschrijving of werkinstructie voor klachtenbehandeling. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van bij klachtenbehandeling betrokken medewerkers moeten hierin helder zijn beschreven.</p> <p>De concessiehouder waarborgt de deskundige afhandeling van klachten (bijvoorbeeld door organisatie van de klachtenbehandeling, aannamebeleid, opleiding, bijscholing en/of ervaring).</p>	0,25	0,25
C.	Uitvoering klachtenbehandeling		
C.1	<p>Norm: De concessiehouder heeft alle ontvangen klachten tijdig schriftelijk bevestigd, tenzij deze binnen drie weken zijn beantwoord. Dit geldt voor zowel schriftelijke als per e-mail ontvangen klachten.</p> <p>Het schriftelijk bevestigen van alle klachten vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	1,25	Geen oordeel
C.2	<p>Norm: De concessiehouder heeft alle klachten binnen zes weken afgehandeld, dan wel bij verdaging binnen tien weken.</p> <p>Het binnen zes weken afhandelen van alle klachten vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator. Indien de concessiehouder te late afhandeling aantoonbaar niet kan worden verweten, wordt deze voorwaarde buiten beschouwing gelaten.</p>	2,75	Geen oordeel
	<p>Verbeterpunt: Het afhandelen van alle klachten binnen zes weken, dan wel bij verdaging binnen tien weken.</p>		
C.3	<p>Norm: 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>	1,25	Geen oordeel
C.4	<p>Norm: 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	Geen oordeel

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
C.5	Norm: 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.	1	Geen oordeel
C.6	Norm: De concessiehouder neemt klachten over de kwaliteit van geleverde zorg zelf in behandeling. Of: 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.	0,75	Geen oordeel
C.7	Norm: 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.	0,5	Geen oordeel
D.	Verbetermanagement klachten		
	Norm: 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
	Verbeterpunt: Het verbeteren van de managementinformatie. De managementinformatie moet informatie bevatten over zowel het aantal klachten als de aard en analyse van de klachten en mogelijke verbetervoorstellen. De huidige rapportage bevat alleen informatie over aantallen. Daarnaast zijn klachten over de AWBZ niet afzonderlijk in de huidige rapportages opgenomen.		
	TOTAAL	10	Geen score

Bron: NZa

De NZa geeft geen oordeel over de prestatie-indicator Klachtenbehandeling.

2.4.1.1 Reactie concessiehouder

De concessiehouder is van mening dat deze prestatie-indicator bij het onderzoek moet worden betrokken. In het normenkader uit de prestatiemeting 2013 wordt niet gesproken over een minimaal aantal aanwezige klachten. Het geringe aantal klachten mag volgens de concessiehouder niet leiden tot het niet uitvoeren van een onderzoek. De concessiehouder verzoekt de NZa om alsnog de beoordeling op dit onderdeel toe te kennen.

2.4.1.2 Reactie NZa

De NZa heeft wel degelijk onderzoek naar deze prestatie-indicator uitgevoerd, maar is van mening dat oordeelsvorming over de prestatie-indicator Klachtenbehandeling pas zorgvuldig kan plaatsvinden als er minimaal vijf klachten kunnen worden beoordeeld. Dat dit niet in de

prestatiemeting is opgenomen laat dat onverlet. De concessiehouder heeft in 2013 slechts twee klachten ontvangen, van een weloverwogen oordeel kan geen sprake zijn. Dat betekent dat bij de berekening van de totaalscore van de concessiehouder zowel de teller als de noemer worden gecorrigeerd.

De NZa ziet gezien het bovenstaande geen aanleiding de beoordeling van de punten te herzien.

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 2013 in totaal 2 klachten ontvangen. Deze kunnen als volgt worden onderverdeeld:

Tabel 9. Verdeling klachten 2013

Aard van de klacht	Aantal
Functioneren zorgaanbieders	0
Bejegening door personeel zorgkantoren	0
Bereikbaarheid zorgkantoren (inclusief telefonische bereikbaarheid).	0
Overige	2
Totaal	2

Bron: NZa

2.5 Prestatie-indicator 4: Contracteerproces

2.5.1 Prestatiemeting Contracteerproces

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2013 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Contracteerproces.

Tabel 10. Prestatiemeting 2013 Contracteerproces

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.	Aandacht voor de positie van de cliëntenraad		
	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2013 aandacht voor de positie van de cliëntenraad en stelt vast:</p> <ul style="list-style-type: none"> - of de zorgaanbieder beschikt over een goed functionerende cliëntenraad; en bij twijfel: - of de cliëntenraad door de zorgaanbieder in 2013 geraadpleegd wordt bijvoorbeeld over kwaliteitscyclus, verbeterprojecten, informatie over aanvullende diensten; - of de zorgaanbieder met de cliëntenraad in 2013 overlegt over de werkwijze en algemene gang van zaken rond de invulling van het zorgplan. <p>De concessiehouder maakt hiervan aantoonbaar werk. Dit blijkt onder meer uit het inkoopbeleid 2014, de overeenkomst 2014 en/of het overleg met de zorgaanbieder in 2013.</p> <p>Het geven van aandacht voor de positie van de cliëntenraad vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	2	1,5
	<p>Verbeterpunt: Het aantoonbaar maken dat de concessiehouder heeft gecontroleerd dat de cliëntenraad door de zorgaanbieder is geraadpleegd over de algemene gang van zaken rond de verbeterprojecten en de invulling van het zorgplan.</p>		
B.	Elementen die in het contracteer- en inkoopbeleid van de concessiehouder minimaal moeten zijn opgenomen		
	<p>Norm: Het contracteer- en inkoopbeleid 2014 van de concessiehouder beschrijft tenminste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewenste veranderingen in aard, omvang, kwaliteit en spreiding van het zorgaanbod, mede op basis van demografische ontwikkelingen, wachtlijstgegevens, en ontwikkelingen in indicaties zorg in natura en PGB. De concessiehouder besteedt hierbij ook aandacht aan de regionale ontwikkelingen. Het zorgkantoor betreft hierbij overheidsmaatregelen, voor zover die bij de formulering van het contracteer- en inkoopbeleid bekend zijn. - De belangrijkste uitgangspunten van de concessiehouder, bijvoorbeeld over de eigen regie van de cliënt, vraaggericht werken, integrale zorg, zelfredzaamheid, preventie, zorg in de eigen omgeving, doelmatigheid, innovatie en vermindering van de administratieve lasten. - Gevolgen/sancties voor de gecontracteerde zorgaanbieder bij het (gedeeltelijk) niet nakomen van het contract. De concessiehouder ontwikkelt hiertoe een eenduidig beleid en is transparant over de gevolgen/sancties die hij aan zorgaanbieders oplegt. 	2	1,65
	<p>Verbeterpunt: Het jaarlijks opstellen van een regiovisie met aandacht voor regionale ontwikkelingen onder andere als gevolg van overheidsbeleid.</p>		
C.	De concessiehouder sluit overeenkomsten met toegelaten extramurale zorgaanbieders die voldoen aan de algemene geschiktheidseisen.		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<p>Norm: De concessiehouder heeft in zijn contracteerbeleid 2014 duidelijk aangegeven:</p> <ul style="list-style-type: none"> - welke voorwaarden niet (geheel) gelden of welke afwijkend worden toegepast bij nieuwe extramurale aanbieders; - welke voorwaarden en criteria hij specifiek stelt aan nieuwe extramurale aanbieders; - ruimte voor nieuwe zorgaanbieders (waaronder zzp-ers) die voldoen aan de vastgestelde kwaliteitseisen en naar zijn mening voorzien in een leemte in het huidige zorgaanbod. 	2	1,25
	<p>Verbeterpunt: Het in het inkoopbeleid concreet uitwerken welke criteria specifiek voor nieuwe zorgaanbieders gelden, welke criteria gewijzigd worden toegepast voor nieuwe zorgaanbieders en welke niet worden toegepast.</p>		
D.	De concessiehouder ontwikkelt een transparant, non discriminatoir en toetsbaar contracteer- en inkoopbeleid waarin aanbieders op gelijke manier worden behandeld.		
D.1	<p>Norm: De concessiehouder beschikt over documentatie waarin per zorgaanbieder/offerte is opgenomen de mate waarin deze voldoet aan de contracteervereisten voor het jaar 2014. Bijvoorbeeld een lijst, bestand of andere documentatie waarin per zorgaanbieder is opgenomen de mate waarin deze aanbieder aan de eenduidig geformuleerde inkoopvoorwaarden heeft voldaan, hoe zwaar de concessiehouder dit heeft meegewogen en de conclusie/ranking die de concessiehouder hieraan heeft verbonden.</p>	1	1
D.2	<p>Norm: De concessiehouder heeft de procedure voor het contracteerproces en het contracteerbeleid 2014 uiterlijk 7 juni 2013 bekend gemaakt.</p> <p>De concessiehouder heeft de procedure voor het contracteerproces en het contracteerbeleid 2014 op de website geplaatst, toegankelijk voor alle geïnteresseerde zorgaanbieders.</p>	0,5	0,5
D.3	<p>Norm: De concessiehouder maakt aan elke gecontracteerde zorgaanbieder voorafgaand aan de indiening van de tariefaanvraag (budgetformulier) 2014 bij de NZa, de som bekend van de in de regio overeengekomen budgetten.</p> <p>De concessiehouder vermeldt voor de zorgaanbieders duidelijk welk model voor het jaar 2014 wordt gehanteerd voor de inkoop van zorg, welke typen extramurale zorg in aanmerking komen voor selectieve gunning en welke extramurale zorg hiervan eventueel is uitgesloten.</p>	0,5	0,35
	<p>Verbeterpunt: Het duidelijker weergeven van de in de regio overeengekomen budgetten in de brief aan de gecontracteerde zorgaanbieders. De brief uit 2013 was op onderdelen niet erg transparant.</p>		
D.4	<p>Norm: De concessiehouder geeft in zijn contracteerbeleid 2014 duidelijk aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wat hij verstaat onder onderaanneming, en een nadere toelichting van de vormen van onderaanneming die hij als zodanig onderscheidt; - onder welke voorwaarden eventuele capaciteitsmutaties leiden tot productieafspraken; - onder welke voorwaarden de concessiehouder met de zorgaanbieder eventueel principeafspraken wil maken voor de periode na 2014 onder voorbehoud van een verlenging van de concessieverlening na 2014; - de wijzigingen in het contracteerbeleid 2014 ten opzichte van het contracteerbeleid 2013. 	1	0,75

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	Verbeterpunt: Het in contracteerbeleid duidelijk opnemen van de wijzigingen in het beleid ten opzichte van het voorgaande jaar (en als er geen wijzigingen zijn, dan moet ook dit expliciet worden vermeld).		
	Aandachtspunt: De belangrijkste noties uit het Formulier verklaring onderaanneming opnemen in het inkoopbeleid (waarbij ook aandacht wordt besteed aan dagbesteding en eventuele overige vormen van onderaanneming).		
D.5	Norm: De concessiehouder gaat in de eerste helft van 2014 na of de zorgaanbieder zich bij de ontruiming van de kamer van de overledene door de erfgenamen houdt aan de Algemene Leveringsvoorwaarden. De concessiehouder gaat na of de publieksvoorlichting van de zorgaanbieders over de termijn van ontruimen van de woonruimte na overlijden, naar zijn mening voldoende is.	1	0,5
	Verbeterpunt: Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder zich houdt aan de leveringsvoorwaarden betreffende het ontruimen van de leefruimte na overlijden. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een afzonderlijke rapportage.		
	TOTAAL	10	7,5

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Contracteerproces voldoende uitgevoerd. De concessiehouder moet bovengenoemde verbeterpunten doorvoeren.

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:

Beperking toegang tot AWBZ

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. Dit betekent dat cliënten met een beperkt sociaal netwerk en / of hogere zorgzwaarte thuis blijven wonen.

Samenwerking met gemeenten

Salland Zorgkantoor B.V. stemt de overheveling van AWBZ-zorg naar de Wmo, sociale wijkteams en de visie op de Wmo af met gemeenten. De concessiehouder is betrokken geweest bij de formulering van de beleidsvisie Wmo van de regionale gemeenten en heeft het pad geëffend tussen gemeenten en AWBZ-zorgaanbieders. De samenwerking met gemeenten wordt in breed perspectief opgepakt. In oktober 2013 heeft de concessiehouder samen met de gemeenten Raalte,

Deventer, Olst-Wijhe en Voorst het convenant 'Salland gaat voor gezond meedoen 2013 – 2016' getekend waarin de intentie is uitgesproken voor:

- gezamenlijke ontwikkeling integrale visie nulde, eerste en 'anderhalfdelijns' gezondheidszorg;
- een plan van aanpak op wijkniveau;
- samenwerking op dossiers die verband houden met hervormingen langdurige ondersteuning en zorg en de transities;
- uitwisselen kennis en informatie op persoonsniveau ter ondersteuning van de overheveling van taken.

De concessiehouder is voorts betrokken bij de regionale dementieketens. Zo hebben de betrokken partijen bij de dementieketen in de gemeente Voorst de samenwerking vastgelegd in een intentieverklaring. Bij de keten in Raalte is de gemeente Raalte partij in de samenwerkingsovereenkomst voor het netwerk Dementie Raalte.

De concessiehouder heeft op verzoek incidenteel gegevens beschikbaar gesteld aan gemeenten. Voor de structurele gegevensoverdracht wordt aangesloten bij de landelijke trajecten.

Effecten op de kwaliteit van AWBZ-zorg als gevolg van leegloop

Salland Zorgkantoor B.V. geeft aan dat in zijn regio de zorgaanbieders zich heroriënteren op beleid. Hierbij wordt er over het algemeen gekozen voor drie opties:

- het sluiten van (voornamelijk oude) verzorgingshuizen;
- het scheiden van wonen en zorg: zorgaanbieders bieden (nieuwe) cliënten de mogelijkheid om een woning te huren en bieden tevens extramurale zorg;
- het omzetten van lichte zorg naar zwaardere zorg.

De concessiehouder heeft nog geen signalen ontvangen over verschraving van de zorg als gevolg van deze ontwikkelingen.

Relatie zorg in natura en PGB

De overheid vindt het belangrijk dat zorg in natura meer wordt toegesneden op mensen die vroeger nog een PGB zouden hebben gekregen.

Salland Zorgkantoor B.V. heeft geen kennis over de grootte van de groep jeugdigen met een GGZ-indicatie/LVG. Bij het inkopen van zorg in natura wordt hier dan ook geen rekening mee gehouden. De nieuwe 10-uurs grens begeleiding heeft niet geleid tot signalen/klachten in het kader van zorgtoewijzing.

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 2013 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte.

Tabel 11. Prestatiemeting 2013 Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.	Het maken van afspraken binnen de financiële contracteerruimte		
	<p>Norm: De ingediende productieafspraken 2014 op 1 november 2013 hebben niet geleid tot overschrijdingen van de reguliere contracteerruimte, waarbij kortingen noodzakelijk bleken.</p> <p>En</p> <p>De concessiehouder heeft de aanvragen eerste ronde 2014 en deerschikkingsafspraken 2013 vóór 1 november 2013 bij de NZa ingediend, zodat de NZa zich tijdig een beeld kan vormen van de besteding van de contracteerruimte zowel van 2013 als 2014.</p> <p>Het maken van afspraken binnen de financiële contracteerruimte vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	2,5	2,5
B.	Het gunnen van een deel van de extramurale productie op basis van relatieve prestaties		
	<p>Norm: De concessiehouder hanteert voor extramurale V&V zorg initiële productieafspraken 2014 in de ronde van 1 november 2013: - <= 80% van de afspraken / het budget 2012, OF - <= 90% doch > 80% van de afspraken / het budget 2012.</p> <p>De concessiehouder hanteert voor extramurale GHZ-zorg initiële productieafspraken 2014 in de ronde van 1 november 2013 van < = 90% van de afspraken / het budget 2013.</p> <p>Extra budgetafspraken die de concessiehouder conform zijn inkoopbeleid met zorgaanbieders maakt voor de extramuralisering van de lagere zorgzwaartepakketten, tellen niet mee in bovenstaande toets.</p>	2,5	2,5
C.	Doelmatig inkopen van intramurale en extramurale zorg		
	<p>Norm: De concessiehouder spant zich in het inkoopbeleid 2014 in om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zorgaanbieders via het te contracteren volume of de prijs te stimuleren tot verbeteringen, bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> - van hun prijs/kwaliteit verhouding; - van hun processen; - in de omvang van hun overhead; - van gepast gebruik. De Zorginkoopgids noemt enkele voorbeelden: adequate medicatiebewaking bij thuiszorgcliënten en de toepassing van verzorgend wassen indien de situatie van de cliënt hiertoe aanleiding geeft. - Niet-planbare zorg als lokaal maatwerk passend en in overeenstemming met de regelgeving te vergoeden. 	2,5	0,75
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het uitwerken van de instrumenten die de concessiehouder wil inzetten om doelmatige zorgverlening te bevorderen. - Het actiever sturen op gepast gebruik. - Het aantoonbaar maken dat de niet planbare zorg in de regio goed is geregeld en dat dit niet tot problemen leidt. 		
D.	Het bewaken van de zorgvraag of – behoefte		

	<p>Norm: De concessiehouder verbindt in het inkoopbeleid 2014 consequenties aan een forse onderproductie op de productieafspraken 2012 (novemberronde 2012) door de zorgaanbieder. De concessiehouder geeft in zijn inkoopbeleid de grenzen aan van een acceptabele onderproductie (bijvoorbeeld ten hoogste 3% van de laatste productieafpraak 2012 in geld, een maximumbedrag of anderszins).</p> <p>De NZa toetst de totale onderproductie in de gerealiseerde productie 2012 op basis van de stand van zaken op 1 juni 2013. Aan dit onderdeel wordt voldaan als de onderproductie minder dan 1,0% bedraagt van de beschikingsafspraken 2012 (novemberronde 2012)</p> <p>De score per concessiehouder is het gemiddelde van de individuele scores van de zorgkantoren die onder de concessiehouder vallen. Peilmoment is de inleverdatum van de nacalculatie 2012: 1 juni 2013.</p>	2,5	2,3
	<p>Verbeterpunt: Het opnemen in het inkoopbeleid van de grenzen van een acceptabele onderproductie.</p>		
	TOTAAL	10	8,05

Bron: NZa

De concessiehouder heeft goede uitvoering gegeven aan aspecten die verband houden met doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte. De NZa adviseert de concessiehouder bovenstaande verbeterpunten door te voeren.

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.

Doelmatige uitvoering van de AWBZ omvat verschillende aspecten. Er komt in de toekomst meer aandacht voor de doelmatige uitvoering van de langdurige zorg. Het verdiepend onderzoek is erop gericht zicht te krijgen op de volgende punten:

- Wat verstaat de concessiehouder onder 'doelmatige zorglevering'?
- In hoeverre heeft de concessiehouder zicht op welke zorgaanbieders het meest doelmatig zorg leveren?
- In hoeverre heeft de concessiehouder handen en voeten gegeven aan doelmatige zorglevering in zijn zorginkoopbeleid?
- In hoeverre bevordert de concessiehouder het daadwerkelijk gebruik van de meest doelmatig geleverde zorg?
- In hoeverre stuurt de concessiehouder op verbeteringen in de doelmatige zorglevering voor de toekomst?

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Wat verstaat de concessiehouder onder doelmatige zorglevering?

Salland Zorgkantoor B.V. definieert doelmatig als: de gecontracteerde zorg is de goedkoopste en adequate voorziening in de zorgbehoeften van cliënten. Dit betekent kwalitatief hoogwaardige zorg bij zo laag mogelijke

kosten. Daarnaast streeft de concessiehouder naar een aanbod van voorzieningen waar verscheidenheid en signatuuraspecten aansluiten bij de behoefte van cliënten in de regio.

Zicht op aanbieders die het meest doelmatig zorg leveren?

De concessiehouder wil op basis van het verrijken van informatie (health intelligence) beter zicht op het zorgaanbod krijgen: wat zijn de unieke punten van een zorgaanbieder en welke zorgaanbieder werkt daarbij het meest doelmatig. Analyse van beschikbare gegevens moet uiteindelijk input opleveren voor zorginkoop (een en ander verkeert nog in de kinderschoenen).

Doelmatige zorglevering binnen het zorginkoopbeleid?

Salland Zorgkantoor B.V. besteedt in het zorginkoopbeleid aandacht aan de aard, omvang, kwaliteit en spreiding van het regionale zorgaanbod door informatie op te menen over onder andere 'marktontwikkelingen', 'schets van vraag en aanbod' en 'regionale aandachtspunten'.

In het kader van de Zvw (versterking eerste lijn) is de concessiehouder momenteel bezig met het inventariseren van zorgbehoefte op wijkniveau (op postcodeniveau). De resultaten van deze scan heeft zowel betrekking op de Zvw als de AWBZ en de Wmo.

De concessiehouder beoordeelt de doelmatigheid van een zorgaanbieder op de volgende punten:

- prijs (maximum prijs met een doelmatigheidskorting);
- (minimum) kwaliteit onder andere volgens de normen van verantwoorde zorg;
- klanttevredenheid (CQ-index).

Een van de manieren waarop de concessiehouder stuurt, is zorginzet binnen de bandbreedte van de indicaties. Hierbij moet het uitgangspunt zijn dat de feitelijke inzet van uren lager uitkomt dan het aantal gemiddelde geïndiceerde uren. De zorgaanbieder maakt dit op basis van eigen periodiek onderzoek inzichtelijk. Deze cijfers worden voorgelegd en besproken tijdens het voor- en najaarsoverleg. Deze regeling is niet van toepassing voor specifieke doelgroepen waarbij de zorginhoud specialistisch en noodzakelijk is. Kwaliteit wordt gewaarborgd door alleen het toekennen van een bonus van 2% als de zorgaanbieder voldoet aan landelijke kwaliteitskaders en aantoonbaar gestalte geeft aan kwaliteitsverbetering trajecten.

Relevante onderdelen uit de gunningscriteria zijn:

- Eisen aan zorgplannen voor cliënten;
- Instelling werkt systematisch aan het verbeteren van kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem;
- Behaalde resultaat kwaliteitsverbetering trajecten;
- Stimuleren betrokkenheid en daadwerkelijke inzet netwerk cliënt bij de zorgverlening.

Bevorderen daadwerkelijk gebruik doelmatige zorg?

De concessiehouder stuurt de cliënt naar die zorgaanbieder die het best bij hem past (niet wie het goedkoopst is). Binnen de mogelijkheden (verschaffen van consumenteninformatie) probeert hij zorgaanbieders te stimuleren om doelmatigheidswinst te behalen.

Salland Zorgkantoor B.V. is van mening dat er een spanningsveld bestaat: Staat de keuze vrijheid van de cliënt voorop (is nu het geval), of staat de doelmatigheid voorop (staat centraal in de Wlz). Als wordt gekozen voor doelmatigheid, betekent ook dat de cliënt beperkt wordt in zijn

keuzevrijheid. De concessiehouder stelt momenteel de keuzevrijheid van de cliënt voorop en stuurt geen cliënten op basis van doelmatigheid maar biedt de cliënt een brede keuze van diverse zorgaanbieders.

Sturen op verbeteringen voor de toekomst?

De concessiehouder stimuleert doelmatigheidsverbetering met het 'belonen' van innovatie en ketenzorg. Door tenslotte zorgaanbieders structureel te laten werken aan verbetering van de kwaliteit van de zorg wordt verdere efficiëntie en effectiviteit van zorg bereikt die er aan bijdraagt dat de directe en indirecte kosten van zorg (nu en in de toekomst) beter worden beheerst.

De concessiehouder eist van de zorgaanbieders dat zij met twee kwaliteitsverbeterprojecten komen (deze moeten worden afgestemd met de cliëntenraad). Een en ander is vastgelegd in de overeenkomst en in het voor- en najaarsoverleg wordt dit besproken.

De zorgaanbieders hebben geen moeite met het aandraagen van nieuwe voorstellen. Enkele voorbeelden zijn dementieproject en iPad's.

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 2013 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening.

Tabel 12. Prestatiemeting 2013 Innovatie en kwaliteit zorgverlening

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
B.	Stimuleren van zorg in de eigen omgeving en zelfredzaamheid van cliënten		
	<p>Norm: De concessiehouder stimuleert in zijn inkoopbeleid 2014:</p> <p>Zorg in de eigen omgeving, bijvoorbeeld door integraal werkende wijkteams of samenwerking tussen zorgaanbieders en gemeentelijke instellingen, waarbij ook gebruik gemaakt wordt van het formele en informele netwerk in de wijk. Ook kan de concessiehouder besluiten meer op wijkniveau in te kopen.</p> <p>De zelfredzaamheid van cliënten, bijvoorbeeld door de zorgaanbieders te vragen om mantelzorgers en vrijwilligers een plaats te geven in hun beleid. Ook kan de concessiehouder de mantelzorgers goed informeren of anderszins ondersteunen, en mantelzorgprojecten bevorderen.</p>	1,5	1,15
	<p>Verbeterpunt: Het maken van concrete afspraken over het inrichten van wijkteams. Het opstellen van een convenant is een stap in de goede richting, maar levert nog geen concreet resultaat op.</p>		
	TOTAAL	1,5	1,15

Bron: NZa

De NZa adviseert de concessiehouder het vermelde verbeterpunt te realiseren.

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 2013 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura.

Tabel 13. Prestatiemeting 2013 Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
A.	Declaratieafspraken opnemen in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en concessiehouder		
	<p>Norm: De concessiehouder heeft in de overeenkomst voor 2014 afspraken opgenomen (in overeenstemming met de vigerende Regeling Declaratievoorschriften AWBZ-zorg over):</p> <ul style="list-style-type: none"> - de declaratie van geleverde zorg per declaratieperiode op prestatieniveau; - de declaratie van geleverde zorg per declaratieperiode op cliëntniveau; - de indiening van de productiemonitor over alle afgesproken prestaties <p>De concessiehouder heeft in de overeenkomst voor 2013 afspraken opgenomen over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - declaratie op cliëntniveau in overeenstemming met het uniforme Declaratieprotocol AWBZ; - de bevoorschotting van de declaratie op prestatieniveau en niet cliëntgebonden kosten door de concessiehouder via betaalopdrachten aan het CAK. - de bevoorschotting van de declaratie op cliëntniveau door de concessiehouder via betaalopdrachten aan het CAK. - de aanpassing van de bevoorschotting per declaratieperiode. <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	0,2
	<p>Verbeterpunt: Het maken van afspraken in de overeenkomst met de zorgaanbieder over de bevoorschotting op basis van de declaratie op cliëntniveau en over de aanpassing van de bevoorschotting per declaratieperiode.</p>		
B.	Realisatie declaratieafspraken intramurale en extramurale prestaties		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
	<p>Norm: De concessiehouder monitort in 2013 per zorgaanbieder de geleverde productie per met de zorgaanbieder afgesproken declaratieperiode, en signaleert daarbij ook niet tijdige indiening. Onder tijdige indiening wordt verstaan indiening vóór het einde van de volgende declaratieperiode. De concessiehouder</p> <ul style="list-style-type: none"> - volgt de tijdige indiening van de productiemonitor. - sanctioneert de zorgaanbieder die de productiemonitor niet tijdig indient. <p>De declaratie van geleverde productie vindt voor een beperkt in de Regeling genoemde prestaties in 2013 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 Regeling 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 2013 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 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	3,5
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het volgen van de tijdigheid van de AW319 op basis van de indiening van de declaratie over periode t in de periode t + 1. Correcties en nagekomen declaraties over periode t lopen mee met de declaraties over latere perioden, en tellen voor de tijdigheid niet mee over periode t. - Het met voldoende betrouwbaarheid monitoren van de volledigheid van de AW319 gedurende het gehele jaar. - Het opstellen van een duidelijke managementrapportage over de tijdigheid, juistheid en volledigheid van declaraties. 		
C.	Bekostiging productie 2013		
C.1	<p>Norm: Bevoorschotting declarabele prestaties op cliëntniveau: de concessiehouder paste in 2013 maandelijks de bevoorschotting van de zorgaanbieder aan de goedgekeurde gedeclareerde productie op cliëntniveau AW319 aan. En Bevoorschotting prestaties die niet op cliëntniveau gedeclareerd kunnen worden: De concessiehouder analyseerde in 2013 maandelijks bij de zorgaanbieder de verschillen tussen de productieafpraak en de gedeclareerde productie op prestatieniveau. Bij verschillen die vielen buiten de door de concessiehouder gehanteerde bandbreedte – maximaal 5% van de productieafpraak al dan niet met inachtneming van een minimumbedrag – paste de concessiehouder de bevoorschotting aan. Aanpassingsmoment van de bevoorschotting is minimaal één keer per kwartaal.</p> <p>Het maandelijks bevoorschotten van de zorgaanbieder op basis van de goedgekeurde productie vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	0,5	0

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	Verbeterpunt: Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting van de zorgaanbieder aan de goedgekeurde productie op cliëntniveau AW319.		
C.2	Norm: Alle in 2013 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
	Aandachtspunt: Het in de procedure bevoorschotting met terugwerkende kracht tot 2014 duidelijk de hoofdregel aangeven dat nieuwe zorgaanbieders niet worden bevoorschot, maar achteraf worden betaald op basis van de gerealiseerde productie.		
D.	Afrekenen met zorgaanbieders		
	Norm: De concessiehouder bevordert dat de door hem gecontracteerde zorgaanbieders hun nacalculatieformulieren over 2012, mede ondertekend door het zorgkantoor, voor 1 juni 2013 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). <i>Als de gecontracteerde zorgaanbieders de nacalculatieformulieren voor 1 juni 2013 hebben ingediend bij de NZa krijgt de concessiehouder voor dit toetsingsaspect de volledige score. Indien de concessiehouder te late afhandeling van een zorgaanbieder aantoonbaar niet kan worden verweten, wordt voor de toepassing van deze norm de betreffende afhandeling buiten beschouwing gelaten. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen bij een faillissement van de betreffende zorgaanbieder.</i>	2	2
E.	Informatieverstrekking in de keten		
	Norm: 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
	TOTAAL	10	7,2

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura voldoende uitgevoerd. De concessiehouder moet bovengenoemde verbeterpunten doorvoeren.

2.8.2 Informatieverzoek bevoorschotting zorgaanbieders

De NZa heeft in haar onderzoek over 2012 geconstateerd dat Salland Zorgkantoor B.V. zorgaanbieders niet maandelijks bevoorschot op basis van de realisatie volgens de productieoverzichten. Salland Zorgkantoor B.V. moest de NZa periodiek informeren over de stand van zaken van bovengenoemd verbeterpunt.

Uit het onderzoek blijkt dat Salland Zorgkantoor B.V. het beleid ten aanzien van de bevoorschotting naar aanleiding van het informatieverzoek niet heeft gewijzigd. Zorgaanbieders worden bevoorschot op basis van de

gerealiseerde productie met dien verstande dat de concessiehouder daarbij een bandbreedte van 5% hanteert.

2.8.3 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor 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.

Mutatiedagen

De concessiehouder controleert of het aanvaardbare maximum van dertien dagen per vertrekkende cliënt niet wordt overschreden. De concessiehouder controleert niet op overlap van declaraties van ZZP's en / of mutatiedagen bij bed-mutaties. De concessiehouder wijst in dit verband op tekortkomingen van het huidige declaratiesysteem:

- een deel van de prestaties hebben betrekking op cliëntniveau;
- een deel van de prestaties hebben betrekking op prestatieniveau;
- er zijn géén prestaties die betrekking hebben op bed / plaatsniveau (het niveau waarop mutatiedagen moeten worden gemeten).

De concessiehouder stelt dan ook dat de ultieme test op mutatiedagen moet plaatsvinden via materiële controle. Dit is in een prioritering binnen een beperkte bezetting door de concessiehouder echter niet te realiseren.

Controle productiecijfers nacalculatie

De concessiehouder gebruikt het bestand met goedgekeurde declaraties op cliëntniveau niet voor het beoordelen van de op de nacalculatie verantwoorde productiecijfers. De concessiehouder heeft nog te weinig ervaring met het matchen van AW319 met de productiemonitor, en heeft dit pas in de loop van 2014 weer opgepakt. Dat moet voorafgaan aan een betrouwbare match tussen de volumes gedeclareerde AW319 en de nacalculatorische productie.

2.9 Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB

2.9.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor PGB

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2013 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor PGB.

Tabel 14. Prestatiemeting 2013 Administratie op verzekerdenniveau voor PGB

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
A.	Vaststelling en toekenning voorlopige budgetten		
A.1	<p>Norm: De concessiehouder heeft bij iedere aanvraag van een PGB 2013 vastgesteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dat er sprake is van een indicatiebesluit met een geldigheidsduur van tenminste één jaar; - dat er bij indicatie voor begeleiding sprake is van tien of meer uren zorg; - dat gebruik is gemaakt van een door het zorgkantoor beschikbaar gesteld aanvraagformulier; - dat de aanvraag is vergezeld van een volledig ingevuld budgetplan; - dat de aanvrager de beschikbaarheid van zorg in natura onderzocht heeft; - dat de NAW-gegevens overeenstemmen met de GBA; - of er sprake is van meerdere PGB's op één adres; - of er sprake is van een overgang van zorg in natura naar PGB; - of er sprake is van een budgethouder die afkomstig is van een ander zorgkantoor; - of er sprake is van een herintredende budgethouder; - of de budgethouder op de zwarte lijst van het verbond van Verzekeraars staat (in het EVR). <p>De concessiehouder heeft als de bevindingen daartoe aanleiding hebben gegeven vervolgcacties ondernomen.</p>	0,5	0,5
A.2	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2013 de juistheid van de vaststelling van het bruto persoonsgebonden budget goed gewaarborgd.</p>	0,5	0,5
A.3	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2013 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	0,4
	<p>Verbeterpunt: Het in de applicatie waarborgen dat het vaststellen van de eigen bijdrage correct plaatsvindt.</p>		
B.	Adequate cliëntvolgende bedrijfsadministratie voor het PGB		
	<p>Norm: De concessiehouder beschikt in 2013 over een adequate cliëntvolgende bedrijfsadministratie voor het PGB. Dit houdt in dat voor elke budgethouder op overzichtelijke wijze in het geautomatiseerde systeem vastligt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het indicatiebesluit; - de voorlopige budgettoekenning (beschikking) met het bruto toegekende PGB en de ingehouden eigen bijdrage; - de ontvangen verantwoordingsformulieren en eventuele onderliggende facturen en dergelijke; - de definitieve budgettoekenning; - de uitbetalingen, terugvorderingen en incasso-inspanningen met betrekking tot voorlopige en definitieve bedragen PGB. <p>De concessiehouder heeft in 2013 de volgende gegevens in het geautomatiseerde systeem vastgelegd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het burgerservicenummer of het nummer Kamer van Koophandel (KvK) van de zorgverlener; - het nummer van de KvK van een bemiddelingsbureau dat diensten verleent voor de budgethouder. 	0,5	0,5
C.	Controle door concessiehouder		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
C.1	<p>Norm: De concessiehouder beschikt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een risicoanalyse voor het PGB/ die gericht is op het selecteren van verantwoordingsformulieren met onjuiste en onrechtmatige uitgaven; - een controleplan voor het PGB waarin in ieder geval het volgende vastligt: de uit te voeren bestandsanalyse, de risicoanalyse voor de uitvoering van het Programma Huisbezoeken en de onderbouwing dat de controle qua aard, omvang en diepgang toereikend is. 	1	1
C.2	<p>Norm: De concessiehouder heeft de globale controles van de verantwoordingsformulieren 2013 op alle relevante punten getoetst.</p> <p>Als de globale controle tot bevindingen leidde heeft de concessiehouder vervolgacties ondernomen.</p>	2	1,5
	<p>Verbeterpunt: Het hanteren van een checklist of andere vastlegging bij de uitvoering van de globale controle zodat vastgesteld kan worden dat de globale controle is uitgevoerd en zodat gewaarborgd is dat het proces van de globale controles tijdig en met voldoende diepgang wordt uitgevoerd.</p>		
C.3	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2013 bestandsanalyses uitgevoerd op de totale populatie PGB-houders. Als de bestandsanalyse tot bevindingen leidde heeft de concessiehouder vervolgacties ondernomen.</p>	0,5	0,25
	<p>Verbeterpunt: Het periodiek uitvoeren van bestandsanalyses op de gehele populatie budgethouders waarbij wordt vastgesteld dat een opname- of ontslagmelding voor verblijf is ontvangen van zorgaanbieders.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
C.4	<p>Norm: De concessiehouder heeft op basis van de risicoanalyse (toetsingsaspect C1) budgethouders geselecteerd voor het programma huisbezoeken.</p> <p>De concessiehouder heeft in het kader van de eerste fase van het programma huisbezoeken een administratief vooronderzoek uitgevoerd. Hij heeft hierbij de volgende punten gecontroleerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - er is sprake van getekende zorgovereenkomsten; - er is sprake van zorglevering binnen het AWBZ-domein; - er is geen sprake van overschrijding van de maximumtarieven; - er is uitsluitend sprake geweest van girale betalingen; - er is geen sprake van surseance, faillissement of schuldsanering (WSNP); - kosten van vervoer betrekking hebben op vervoer van en naar de dagbesteding; - als ook een verantwoordingsformulier onderdeel uitmaakt van het administratieve vooronderzoek wordt bovendien vastgesteld dat: <ul style="list-style-type: none"> - de verantwoording is in overeenstemming met de onderliggende declaraties, facturen, loonstroken, overeenkomsten en bankafschriften opgesteld; - de opgenomen bedragen tellen op tot het totaal gedeclareerde bedrag. <p>Als de controles en de bevindingen uit het huisbezoek daartoe aanleiding geven, heeft de concessiehouder vervolgacties ondernomen.</p> <p>De concessiehouder heeft op basis van het administratieve vooronderzoek huisbezoeken uitgevoerd conform het programma huisbezoeken. Hij hanteert hierbij het Protocol Huisbezoeken AWBZ. De uitvoering van de huisbezoeken door de concessiehouder voldoet verder aan de voorwaarden, door het Ministerie van VWS verbonden aan de subsidiëring van het project Fraudebestrijding PGB 2013 – 2014.</p> <p>Als de onrechtmatigheden betrekking hadden op mogelijk misbruik of oneigenlijk gebruik is de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld.</p> <p>De concessiehouder heeft de resultaten van het programma huisbezoeken en de vervolgacties vastgelegd in een foutenevaluatie. Hij bepaalt op basis van de foutenevaluatie of uitbreiding van de controles is vereist dan wel aanpassing van beleid noodzakelijk is.</p> <p>Het verwerken van de bevindingen uit de huisbezoeken in een foutevaluatie en het verbinden van consequenties daaraan vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	3	3
C.5	<p>Norm: De concessiehouder moet in overeenstemming met artikel 2.6.9a van de Regeling Subsidies AWBZ 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> - signaleren dat een PGB per kalenderjaar maximaal 13 weken buiten het Europese deel van Nederland wordt gebruikt voor betaling van zorg; - bewaken dat een PGB in het buitenland van langer dan 6 weken aan het zorgkantoor wordt gemeld (in verband met toepassing van de aanvaardbaarheidspercentage); - aanpassen van het PGB aan het prijsniveau van het land waar de PGB-houder verblijft, indien een PGB langer dan 6 weken in het buitenland wordt genoten; - onrechtmatige bestedingen in het buitenland terugvorderen. 	0,5	0,5
D.	Tijdige indiening afrekening bij het Zorginstituut Nederland		
	<p>Norm: De zorgkantoren hebben de aanvraag tot vaststelling van de subsidie 2013 inclusief de accountantsverklaring tijdig, dat wil zeggen voor 1 juli 2014, aan het Zorginstituut Nederland aangeleverd.</p>	0,5	0,5
E.	Informatieverstrekking in de keten		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
E.1	Norm: De concessiehouder heeft toekenningen van bruto-persoonsgebonden budgetten van € 300 per dag of meer in 2013 ten minste per kwartaal gemeld aan het Zorginstituut Nederland.	0,25	0,25
E.2	Norm: De concessiehouder heeft de gegevens van nieuwe budgethouders in 2013 binnen week na ontvangst toegezonden aan het CAK. 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.	0,25	0,25
	TOTAAL	10	9,15

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor PGB goed uitgevoerd. De NZa adviseert de concessiehouder bovenstaande verbeterpunten door te voeren.

2.9.2 Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB

Ultimo 2012 bedroegen de vorderingen op budgethouders PGB € 1.163.000. Salland Zorgkantoor B.V. moest de NZa periodiek informeren over de stand van zaken met betrekking tot de inspanningen en de resultaten om het openstaande saldo substantieel te verlagen. Uit het onderzoek blijkt dat Salland Zorgkantoor B.V. aan deze verplichting heeft voldaan.

Per 31 december 2013 bedraagt het saldo openstaande vorderingen op budgethouders PGB € 987.000. Per 31 december 2012 bedroeg het saldo € 1.163.000. Dit is een daling van 15,1%. Dit wordt veroorzaakt door stijgende vorderingen door het uitvoeren van huisbezoeken.

Het percentage openstaande vorderingen ten opzichte van de totale kosten subsidies PGB in 2013 bedraagt 3,9% (in 2012 4,7%). Van deze vorderingen is 67% ouder dan één jaar, 23% is tussen zes en twaalf maanden oud en 10% is maximaal een half jaar geleden ontstaan.

2.9.3 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor PGB

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor PGB, 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:

Kostenmutatie PGB

De kosten subsidieregelingen PGB-AWBZ zijn in 2013 inclusief verrekening oude jaren € 25.319.000 (2012: € 24.878.000). Dit is een kostenstijging van 1,8% (landelijk: daling van 1,2%).

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 2013 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening.

Tabel 15. Prestatiemeting 2013 Monitoring continuïteit zorgverlening

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
A.	Vastleggen in overeenkomsten		
	<p>Norm: De concessiehouder heeft in de individuele overeenkomst met de zorgaanbieder voor 2013 vastgelegd dat de zorgaanbieder hem zo vroeg mogelijk informeert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - als de continuïteit van zorg in gevaar kan komen; - bij het voornemen tot fusie/samenwerking; - over uitbesteding van zorg aan andere zorgaanbieders of zelfstandigen zonder personeel). 	0,25	0,25
B.	Uitvoering monitoring continuïteit zorgverlening		
B.1	<p>Norm: 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 (bijvoorbeeld) in 2013 aantoonbaar vervolgcacties 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 2013 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"> - de productie realisatiecijfers; - de financiële positie; - (bouw)investeringen en financiering; - de vastgoedpositie (ook door de introductie van integrale tarieven en de afschaffing van nacalculatie op de afschrijvingen en rente); - de stand van zaken rondom cliëntgerichte declaratie voor intramurale- en voor extramurale zorg; - andere risico's die een rol spelen bij de zorgaanbieder (bijvoorbeeld als gevolg van kabinetsplannen). 	1	0,8
	<p>Verbeterpunt: Het aantoonbaar bespreken van de stand van zaken rondom cliënt gerichte declaratie tijdens het voor – en/of najaarsoverleg.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
B.3	<p>Norm: De concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - heeft op basis van een standaard draaiboek (stappenplan) in 2013 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. - 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. - De concessiehouder heeft in het standaard draaiboek (stappenplan) specifieke aandacht besteed aan het opstellen van een 'plan B'. Onder een 'plan B' wordt verstaan een op maat toegesneden actieplan om de zorgplicht voor de gedupeerde cliënten te garanderen. 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). Het duidelijk vastleggen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn hierbij cruciale sleutelwoorden. <p>Het hebben van een 'plan B' met taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden bij het opstellen van een noodplan vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	2	1
	<p>Verbeterpunt: Het in het stappenplan opnemen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor het opstellen van een noodplan, inclusief de te ondernemen acties, waaronder het melden van overmacht bij de NZa zoals opgenomen in beleidsregel TH/BR-008 overmacht continuïteit van zorg.</p>		
B.4	<p>De concessiehouder heeft concrete afspraken gemaakt met zorgaanbieders die zorg uitbesteden dat de (door het zorgkantoor gecontracteerde) zorgaanbieder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - toeziet op de kwaliteit van de geleverde zorg door de onderaannemers; - toeziet op de doelmatige en rechtmatige besteding van de AWBZ-gelden. <p>De concessiehouder heeft (ook formeel) geregeld dat er sancties volgen bij het niet nakomen van gemaakte afspraken door zorgaanbieders.</p> <p>Het monitoren van de afspraken die samenhangen met uitbesteden van zorg vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	1,75	1,75
B.5	<p>Norm: De concessiehouder heeft zich alvorens zich bij de NZa te beroepen op overmacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bij andere zorgaanbieders de mogelijkheden onderzocht voor ondersteuning bij het invullen van de zorgplicht; - alle mogelijkheden heeft onderzocht om te voorzien in de zorg. <p>De concessiehouder gebruikt voor de melding van overmacht een formulier dat beschikbaar is op de website van de NZa.</p>	0,25	0,25
C.	Anticiperen op nieuwe ontwikkelingen		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
	<p>Norm: De concessiehouder voert overleg met zorgaanbieders om de consequenties van de kabinetsplannen voor de continuïteit van zorgverlening te inventariseren en te beheersen. De concessiehouder neemt hierbij aantoonbaar initiatief.</p> <p>De concessiehouder voert overleg met (centrum) gemeenten om de consequenties van de kabinetsplannen voor de continuïteit van de zorgverlening te inventariseren en te beheersen. De concessiehouder neemt hierbij aantoonbaar initiatief.</p> <p>De concessiehouder heeft een visie ontwikkeld waarin wordt ingegaan op (mogelijke) consequenties van de kabinetsplannen voor de continuïteit van zorgverlening.</p>	1	0,25
	<p>Verbeterpunt: Het ontwikkelen en vastleggen van een visie over de hervormingen langdurige zorg.</p>		
D.	Betrokkenheid management		
	<p>Norm: 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>	1,75	1
	<p>Verbeterpunt: Het aantoonbaar maken dat het management direct wordt geïnformeerd als er signalen zijn als de continuïteit van zorgverlening in gevaar dreigt te komen.</p>		
	TOTAAL	10	7,3

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening voldoende uitgevoerd. De concessiehouder moet bovengenoemde verbeterpunten doorvoeren.

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:

Plan van aanpak Wlz

Gepland is om met ingang van 2015 de AWBZ te vervangen door de Wet langdurig zorg (Wlz). Samengevat houdt dit in dat de extramurale zorg wordt overgeheveld naar gemeenten en zorgverzekeringswet. Zorg en ondersteuning worden zo veel mogelijk thuis geleverd en alleen cliënten waarbij dit niet meer thuis verantwoord kan krijgen toegang tot de Wlz.

De concessiehouder heeft nog geen visie geformuleerd over de effecten van de Wlz voor de continuïteit van zorg. De wijze waarop invulling wordt gegeven aan van de hervormingen langdurige zorg in de regio wordt overgelaten aan de zorgaanbieders.

Inzicht in capaciteitsreductie

De concessiehouder heeft enige jaren geleden een inventarisatie gemaakt van de benodigde en beschikbare capaciteit. Deze inventarisatie is nog niet geactualiseerd op basis van de hervormingen. Van afbouw of het sluiten van locaties anders dan door nieuwbouw of renovatie is nog geen sprake. Zorgaanbieders bepalen in welke locaties zij zorg leveren. Als een pand wordt gesloten dan komt dit meestal door de staat waarin in het pand verkeerd.

Diversiteit en spreiding van de zorg

De concessiehouder is alert op een juiste verdeling van intramurale capaciteit tussen periferie en stad. Vooralsnog worden er geen problemen verwacht. De concessiehouder verwacht ook geen leegstand in de regio, omdat capaciteit nodig is voor de toenemende zorgverzekering.

Inzicht in capaciteitsreductie

De regio van de concessiehouder is klein en goed bekend bij de zorginkopers. Daarnaast monitort de concessiehouder de financiële positie van zorgaanbieders. In 2014 is het veranderpercentage, wat uitdrukt welk deel van de intramurale omzet op termijn komt te vervallen door het langer thuis wonen, aan het early warning systeem toegevoegd.

De concessiehouder heeft nog geen signalen over problematische afwaarderingen van het vastgoed ontvangen van zorgaanbieders.

Rol banken en woningbouwcoöperaties

De concessiehouder heeft geen recente ervaringen van actieve samenwerking met financiers en/of woningbouwcoöperaties.

Inzicht in continuïteit van zorg voor individuele cliënt

In de regio is nog geen sprake van problemen in de continuïteit van de zorg als gevolg van hervormingen in de langdurige zorg. Van gedwongen verhuizing veroorzaakt door de hervormingen is nog geen sprake. De concessiehouder heeft geen specifiek beleid geformuleerd voor gedwongen verhuizing

2.11 Prestatie-indicator 10: Materiële controle

2.11.1 Prestatiemeting Materiële controle

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2013 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Materiële controle.

Tabel 16. Prestatiemeting 2013 Materiële controle

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
A.	Organisatie		
	<p>Norm: De concessiehouder heeft de materiële controle belegd bij een zelfstandige unit/afdeling/projectorganisatie waarbij sprake is van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controleteams met voldoende medische deskundigheid. <i>Volgende 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;</i> - Controleteams waarin voldoende functiescheiding aanwezig is tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles bij zorgaanbieders. <i>Dit houdt in dat zorginkopers niet de controles uitvoeren bij de zorgaanbieders waarvoor zij de zorginkoop verzorgen of dat zij zelfstandig de vervolgacties naar aanleiding van uitkomsten van materiële controles bepalen;</i> - Betrokkenheid van de coördinator fraudebestrijding bij tenminste de opzet (risicoanalyse) en de evaluatie van de controleresultaten. 	1	0,75
	<p>Verbeterpunt: Het verhogen van de capaciteit voor de materiële controles. De afdeling Zorgcontrol is vanaf 1 mei 2013 operationeel. Hierbij heeft in de beginfase de nadruk gelegen op het opzetten van controleplannen en risicoanalyses. De capaciteit blijkt gelet op de planning en doorlooptijden van onderzoeken te beperkt. Uit overleg blijkt dat de concessiehouder in 2014 invulling geeft aan capaciteitsuitbreiding.</p>		
B.	Aanpak		
	<p>Norm: De concessiehouder heeft een plan van aanpak voor de uitvoering van materiële controles AWBZ in 2013. 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 verzekeren 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 de uitkomsten uit de materiële controle gespecificeerd in een fouten- en onzekerhedentabel waarin de omvang van de niet gecorrigeerde fouten- en onzekerheden is vermeld.</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	0,75
	<p>Verbeterpunt: Het opstellen van een realistische planning toegespitst op alle in te zetten controlemiddelen, voor zowel algemene als specifieke controles.</p>		
C.	Uitvoering materiële controles		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
C.1	<p>Norm: 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, evenals 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 betreffende de juistheid van de gedeclareerde productie).</p> <p>De concessiehouder heeft de materiële controle 2013 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> <p>Het uitvoeren van materiële controles gericht op de vraag of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	3	1,5
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het aanscherpen van de risico-analyses, waarbij duidelijker wordt onderbouwd waarom er geen sprake is van hoge risico's en waarbij meer aandacht wordt besteed aan het risico van upcoding. – Het verder uitbreiden van de toepassing van instrumenten van verbandscontrole, cijfer- en data-analyse. 		
C.2	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2013 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 Externe Verwijs Register 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	2,5
	<p>Verbeterpunt: Het meer gestructureerd vastleggen van de geplande en gerealiseerde materiële controles en vermelding van de uitkomsten.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
D.	Managementsturing en -informatie		
	<p>Norm: Het management van de concessiehouder wordt in 2013 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
	TOTAAL	10	7,5

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Materiële controle voldoende uitgevoerd. De concessiehouder moet bovengenoemde verbeterpunten doorvoeren.

2.11.2 Informatieverzoek verbeterpunten Materiële controle

De NZa heeft in haar onderzoek over 2012 geconstateerd dat Salland Zorgkantoor B.V. zeven verbeterpunten 2011 Materiële controle nog niet (geheel) had gerealiseerd. Salland Zorgkantoor B.V. moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2011. Uit het onderzoek blijkt dat Salland Zorgkantoor B.V. inmiddels vrijwel geheel aan deze verbeterpunten heeft voldaan.

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 2013 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik.

Tabel 17. Prestatiemeting 2013 Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
A.	Organisatie		
	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2013 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 coördinator fraudebestrijding en de medewerkers op de specifieke fraudeafdeling beschikken over duidelijke functie-omschrijvingen.</p> <p>De medewerkers moeten beschikken over deskundigheden voor de werkzaamheden in kader van bestrijding van M&O (bijvoorbeeld door opleidingen en/of ervaring).</p> <p>De coördinator fraudebestrijding en de specifieke fraudeafdeling moeten zijn aangesloten bij de organisatie en ontwikkelingen bij ZN/VvV op terrein van bestrijding van zorgfraude.</p>	2	2
B.	Aanpak		
	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2013 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 & 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 wat is bepaald in artikel 7.10 van de Regeling zorgverzekering.</p>	1	0,75
	<p>Verbeterpunt: Het instellen van onderzoeken op basis van frauderisico's. De concessiehouder baseert onderzoeken naar fraude nu alleen op basis van ontvangen signalen.</p>		
C.	Uitvoering onderzoeken gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
C.1	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2013 voorlichting gegeven aan zorgkantoormedewerkers over bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik, bijvoorbeeld in de vorm van presentaties of cursussen ter verhoging van alertheid van medewerkers.</p> <p>De concessiehouder heeft in 2013 aantoonbaar bestands- of systeemvergelijkingen uitgevoerd op mogelijke risicogebieden van misbruik en oneigenlijk gebruik.</p> <p>De concessiehouder heeft in 2013 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 2013 in voldoende mate aandacht besteed aan signalering, opsporing en afdoening van vermoeden van intern misbruik en oneigenlijk gebruik.</p>	1,5	1
	<p>Verbeterpunt: Het aantoonbaar inzetten van bestands- of systeemvergelijkingen op mogelijke risicogebieden van misbruik en oneigenlijk gebruik.</p>		
C.2	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2013 bij alle vermoedens van misbruik en oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld.</p>	1	0,5
	<p>Verbeterpunt: Het bewaken dat alle vermoedens van misbruik worden gemeld bij de coördinator fraudebestrijding. Uit de managementrapportage blijkt dat de coördinator fraudebestrijding vaststelt dat het aantal signalen achterblijft.</p>		
C.3	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2013 bij geconstateerde onregelmatigheden als gevolg van fraude steeds de volgende acties uitgevoerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - terugvorderen onrechtmatig bestede AWBZ/PGB-middelen of het verrekenen van deze middelen met de bevoorschotting of afrekening van zorgaanbieders; - melden van vermoeden van misbruik bij het fraudeloket van het kenniscentrum ZN en registratie in het IVR en het EVR⁷; - aangifte doen bij de politie of het OM; - melden geconstateerd oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden aan beleidsbepalende organisaties, zoals het Ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland en/of de NZa. <p>Het bij geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik ondernemen van vervolgactie (en de resultaten daarvan inzichtelijk maken) vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	2	2
D.	Vastlegging signalen		
	<p>Norm: De concessiehouder registreert signalen van zorgfraude in een database, een interne verwijzingsindex of een incidentenregister (hierna: database). De concessiehouder moet in de database in 2013 in ieder geval hebben vastgelegd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - welke signalen van vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik betrekking hebben op de AWBZ; - welke signalen van vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik betrekking hebben op verzekeren en op zorgaanbieders; - in welke mate (aantallen en bedragen) sprake is van daadwerkelijk geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik; - de aard van het misbruik en oneigenlijk gebruik 	1	0,5

⁷ Hierover vindt nog overleg plaats.

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	Verbeterpunt: Het meer gestructureerd registreren van de geplande en uitgevoerde fraudeonderzoeken en de vermelding van de resultaten. De concessiehouder heeft in afwachting van invoering van het casemanagementsysteem Business Forensic gebruik gemaakt van Microsoft Excel. De externe accountant heeft opgemerkt dat deze registratie verbetering behoeft.		
E.	Managementinformatie		
	Norm: 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. Het management van de concessiehouder stuurt aantoonbaar op de voortgang, de uitkomsten en vervolgacties op het gebied van bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik via periodiek overleg of managementinformatie.	0,5	0,5
F.	Audit interne of externe accountantsdienst		
	Norm: De interne of externe accountant heeft het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit in 2012 of 2013 getoetst op naleving. Er is een rapport van bevindingen opgesteld die ingaat op de eisen uit het Protocol en waarbij ook de invulling van de Monitor Fraudebeheersing is beoordeeld.	1	0
	Verbeterpunt: Het instellen van een audit naar de naleving van het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit en de beoordeling van de ingevulde Monitor Fraudebeheersing.		
	TOTAAL	10	7,25

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik voldoende uitgevoerd. De concessiehouder moet bovengenoemde verbeterpunten doorvoeren.

2.12.2 Aanwijzing Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik

Salland Zorgkantoor B.V. heeft het proces Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik over 2012 op onvoldoende wijze uitgevoerd. Salland Zorgkantoor B.V. voert zijn werkzaamheden onder verantwoordelijkheid van de AWBZ-verzekeraars uit, daarom heeft de NZa de AWBZ-verzekeraars hiervoor een aanwijzing gegeven. Die aanwijzing hield in dat Salland Zorgkantoor B.V. uiterlijk 1 oktober 2014 de uitvoering van proces Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik minimaal op een voldoende niveau moest hebben gebracht.

De AWBZ-verzekeraars moesten de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2011. In onderling overleg hebben de AWBZ-verzekeraars Salland Zorgkantoor B.V. gemachtigd namens hen te rapporteert aan de NZa.

Uit het onderzoek blijkt dat Salland Zorgkantoor B.V. het proces Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik inmiddels op voldoende wijze uitvoert.

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 2013 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratieve organisatie en interne beheersing.

Tabel 18. Prestatiemeting 2013 Administratieve organisatie en interne beheersing

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
A.	Kwaliteit administratieve organisatie en interne beheersing		
A.1	Norm: De concessiehouder beschikt in 2013 over een actuele en volledige beschrijving van de opzet van de AO/IB in de vorm van werkinstructies en procedurebeschrijvingen.	0,5	0,5
A.2	Norm: De concessiehouder beschikt over een voor aanvang van het controlejaar 2013 opgesteld controleplan. In het controleplan is vastgelegd welke interne controlewerkzaamheden worden uitgevoerd. In het controleplan zijn in elk geval vastgelegd: – de doelstelling van de controlewerkzaamheden; – het tijdstip van uitvoering, bijvoorbeeld maandelijks; – de omvang van de controlewerkzaamheden; – de selectiewijze van de te controleren posten; – de uit te voeren controlewerkzaamheden.	1,25	0,5
	Verbeterpunt: Het opstellen van een meer onderbouwd controleplan, waaruit onder andere blijkt wat de doelstelling van de controlewerkzaamheden is, wat het tijdstip, de frequentie en de selectiewijze van de uit te voeren controlewerkzaamheden is met motivatie hiervan. Voor 2012 en 2013 heeft dit op een te hoog abstractieniveau plaatsgevonden. Deze controleplannen waren te summier. Het concept controleplan 2014 is al uitgebreider, maar heeft een verdere concretisering en onderbouwing van bovengenoemde punten.		
A.3	Norm: De concessiehouder heeft in 2013 interne controlewerkzaamheden overeenkomstig het controleplan uitgevoerd. Het uitvoeren van interne controlewerkzaamheden overeenkomstig het controleplan vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.	1,5	0,75
	Verbeterpunten: – Het opstellen van een meer uitgebreid en expliciet controleplan, zodanig dat van daaruit een audittrail naar de uitgevoerde werkzaamheden kan worden gelegd, zodat aangetoond kan worden dat er in voldoende mate voor alle processen werkzaamheden zijn uitgevoerd, de posten op juiste wijze zijn geselecteerd en alle vooraf gestelde controlewerkzaamheden zijn uitgevoerd. – Het tijdig volledig uitvoeren van de controles.		
A.4	Norm: De concessiehouder heeft de bevindingen en conclusies van de uitgevoerde interne controlewerkzaamheden in 2013 op zichtbare wijze en gerelateerd aan het controleplan vastgelegd, heeft de bevindingen geëvalueerd (foutenevaluatie) en waar nodig aanvullende controlewerkzaamheden verricht dan wel correcties doorgevoerd.	1	0,5
	Verbeterpunt: Het op een zichtbare wijze relateren van bevindingen van de uitgevoerde interne controlewerkzaamheden aan het controleplan.		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
A.5	<p>Norm: Het management van de concessiehouder heeft in 2013 maandelijks of per kwartaal betrouwbare 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. Bespreking van de managementinformatie en de follow-up is schriftelijk vastgelegd.</p>	0,75	0,75
B.	<p>Kwaliteit geautomatiseerde gegevensverwerking</p>		
B.1	<p>Norm: De implementatie van wijzigingen in wet- en regelgeving in 2013 in applicaties heeft aantoonbaar, bijvoorbeeld via IT audit, juist en tijdig plaatsgevonden.</p> <p>Het borgen dat wet- en regelgeving juist, volledig en tijdig wordt geïmplementeerd in relevante applicaties vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	0,75	0,5
	<p>Verbeterpunt: Het specifiek aantonen dat de implementatie van wijzigingen in wet- en regelgeving in applicaties volledig, juist en tijdig heeft plaatsgevonden. Er kan nog niet (volledig) gesteund worden op de application controls en derhalve ook niet meegenomen in een IT audit. De aantoonbaarheid is hierdoor erg beperkt.</p>		
B.2	<p>Norm: 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 2013, bijvoorbeeld via een IT audit, vastgesteld.</p>	1,25	0,5
	<p>Verbeterpunt: Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken. Op dit moment wordt dit niet aangetoond.</p>		
B.3	<p>Norm: 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 2013 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	0,25
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van de continuïteit van de geautomatiseerde systemen, zodat aantoonbaar is dat er toereikende maatregelen zijn getroffen voor de continuïteit van de geautomatiseerde systemen en dat deze maatregelen hebben gewerkt. - Het schriftelijk vastleggen van kennisname van het management van de bevindingen en eventuele vervolgacties. 		
B.4	<p>Norm: 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 2013 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	0,25

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen, zodat aantoonbaar is dat er in opzet toereikende maatregelen voor logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen zijn en dat deze maatregelen bestaan en werken. - Het schriftelijk vastleggen dat het management kennis heeft genomen van de bevindingen en eventuele vervolgacties heeft ingesteld. 		
B.5	<p>Norm:</p> <p>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 2013 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	0,25
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van het change management van de geautomatiseerde systemen, zodat aantoonbaar is dat er toereikende maatregelen zijn getroffen voor change management en dat deze maatregelen hebben gewerkt. - Het schriftelijk vastleggen van kennisname van het management van de bevindingen en eventuele vervolgacties. 		
B.6	<p>Norm:</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 2013 te borgen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende 2013 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	0,25
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het opnemen van AZR in de IT-audit, zodat kan worden aangetoond dat er toereikende maatregelen zijn genomen ten aanzien van de opzet, bestaan en werking van AZR. - Het schriftelijk vastleggen van de bevindingen van het management van de IT audit en eventuele vervolgacties. 		
	TOTAAL	10	5

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Administratieve organisatie en interne beheersing in 2013 – evenals over 2012 - onvoldoende uitgevoerd. De concessiehouder moet bovengenoemde verbeterpunten doorvoeren.

2.13.2 Aanwijzing Administratieve organisatie en interne beheersing

Salland Zorgkantoor B.V. heeft het proces Administratieve organisatie en interne beheersing over 2012 op onvoldoende wijze uitgevoerd. Salland Zorgkantoor B.V. voert zijn werkzaamheden onder verantwoordelijkheid van de AWBZ-verzekeraars uit, daarom heeft de NZa de AWBZ-verzekeraars hiervoor een aanwijzing gegeven. Die aanwijzing hield in dat Salland Zorgkantoor B.V. uiterlijk 1 oktober 2014 de uitvoering van proces

Administratieve organisatie en interne beheersing minimaal op een voldoende niveau moest hebben gebracht.

De AWBZ-verzekeraars moesten de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2011. In onderling overleg hebben de AWBZ-verzekeraars Salland Zorgkantoor B.V. gemachtigd namens hen te rapporteert aan de NZa.

Uit het onderzoek blijkt dat Salland Zorgkantoor B.V. het proces Administratieve organisatie en interne beheersing in 2013 nog niet op voldoende wijze heeft uitgevoerd. De concessiehouder heeft naar aanleiding van de aanwijzing 2012 de verbeterpunten opgepakt en uitgewerkt in verbeterplannen. Het is een langdurig proces, waarin fasegewijs stappen worden gezet om te komen tot een voldoende administratieve organisatie en interne beheersing. De concessiehouder heeft aan dit proces intern prioriteit gegeven en toont middels de informatieverzoeken zichtbaar aan dat het ook prioriteit binnen de organisatie heeft.

Omdat de ingezette verbetertrajecten in 2014 zijn aangevangen, zijn deze maatregelen nog niet effectief geweest voor het jaar 2013. Dit verklaart de onvoldoende score in 2013 voor het proces Administratieve organisatie en interne beheersing.

De concessiehouder heeft belangrijke stappen gezet om de uitvoering van het proces Administratieve organisatie en interne beheersing weer op een voldoende niveau te brengen. De concessiehouder gaat ervan uit dat het verandertraject zijn vruchten al heeft afgeworpen.

Met brief van 15 oktober 2014 heeft de concessiehouder de NZa geïnformeerd over de stand van zaken per 1 oktober 2014 over de opvolging van de aanwijzing. De NZa zal in het eerste kwartaal van 2015 tussentijds zowel de opzet, het bestaan en de werking van de administratieve organisatie en interne beheersing beoordelen en de concessiehouder daarover informeren.

2.13.2.1 *Reactie concessiehouder*

Algemeen

De concessiehouder stelt dat het onderzoek onzorgvuldig is verlopen. Naar de mening van de concessiehouder heeft bij de uitvoering van het onderzoek geen enkel gesprek plaatsgevonden noch is enige uitvraag gedaan, pas bij de rapportbespreking heeft hierover voor het eerst contact plaatsgevonden. De concessiehouder heeft sterk de indruk dat hij niet alle vragen adequaat heeft kunnen beantwoorden.

De concessiehouder is van mening dat een aantal verbeterpunten al in 2013 zijn gerealiseerd. Dit betreft het tijdig en volledig uitvoeren van de controles, het specifiek aantonen dat de application controls blijvend juist werken en het opnemen van AZR in de IT-audit.

Toelichting A.2, A.3 en A.4

De concessiehouder is van mening dat alle werkzaamheden met betrekking tot de controles tijdig en volledig zijn uitgevoerd en hiervan dossiers heeft opgebouwd. Het volledig en tijdig uitvoeren van alle werkzaamheden is niet afhankelijk van de aanwezigheid van een toereikend controleplan. De concessiehouder is van mening dat de NZa de dossiers niet heeft geraadpleegd tijdens het onderzoek. Daarnaast is de concessiehouder van mening dat het niet aanwezig zijn van een toereikend controleplan meegenomen moet worden bij de beoordeling van A.2 en niet meer betrokken kan worden bij A.3 en A.4. Het alsnog meenemen van het ontbreken van een voldoende controleplan neigt

volgens de concessiehouder naar een rule based controle in plaats van de beoogde principe based aanpak.

Toelichting B.2

De concessiehouder is van mening dat de audit, welke door Deloitte is uitgevoerd met betrekking tot de application controls, aantoont dat deze blijvend werken. Omdat binnen Coda, ZK (PSV) en de kantoorautomatisering geen application controls actief zijn, is het overzicht in het Deloitte Assurance rapport volledig. De bevinding van de NZa, dat niet kan worden aangetoond dat de application controls blijvend juist werken, is daarmee volgens de concessiehouder niet juist. De NZa verwijst naar het rapport van Conquaestor, maar dat rapport heeft alleen betrekking op de GITC binnen Vancis. De concessiehouder is van mening dat dit niet kan worden meegenomen in de beoordeling van dit toetsingspunt. De verwijzing van de NZa naar het systeem PSV welke nog voor oudere jaren door de concessiehouder zou worden gebruikt, beperkt zich tot een kleine registratie van hulpmiddelen, daarvoor zijn volgens de concessiehouder geen application controls noodzakelijk.

Toelichting B.3

In het rapport van Deloitte zijn de bevindingen opgenomen ten aanzien van de IT-audit op het gebied van continuïteit van de geautomatiseerde omgeving van de applicaties waarbij gebruik worden gemaakt van de diensten van Zorgkantoor DSW B.V.. Het management van de concessiehouder heeft kennis genomen van de bevindingen uit deze IT-audit en concludeert dat gezien de reactie van Zorgkantoor DSW B.V. de opvolging van de bevindingen adequaat worden opgepakt. De rapporten worden altijd besproken in het Management Team van Eno. Voor wat betreft de kantoorautomatisering maakt de concessiehouder gebruik van een ISO27001 gecertificeerde partij (Vancis). Bij deze partij is in 2013 een audit uitgevoerd. Eno voldoet aan de eisen vanuit de WFT met betrekking tot uitbesteding van processen. Deze eisen zijn vertaald in beheersprogramma's en raamwerk. Een klein deel heeft ook impact op de continuïteit van de geautomatiseerde systemen van de concessiehouder, hij is voor de primaire bedrijfsvoering afhankelijk van Zorgkantoor DSW B.V. waarvan is aangetoond dat de continuïteit maatregelen werken. Een separate audit is uitgevoerd door een onafhankelijke bureau. Alleen het doorvoeren van spoedwijzigingen was in 2013 nog een aandachtspunt. Aangezien het hier alleen om standaard kantoorautomatisering en Coda betreft, is deze specifieke bevinding voor de concessiehouder niet van belang.

Toelichting B.4

In het rapport van Deloitte zijn de bevindingen opgenomen ten aanzien van de IT-audit op het gebied van de logische toegangsbeveiliging omgeving van de systemen waarbij gebruik wordt gemaakt van de diensten van Zorgkantoor DSW B.V. Het management van de concessiehouder heeft kennis genomen van de bevindingen en concludeert dat gezien de reactie van Zorgkantoor DSW B.V. de opvolging van de bevindingen adequaat wordt opgepakt. De IT rapporten worden altijd besproken in het management Team van Eno. Uit het op 14 november toegezonden rapport van de IAD van Eno blijkt dat de logische toegangsbeveiliging over 2013 zowel in opzet, bestaan en werking heeft gefunctioneerd.

Toelichting B.5

In de prestatiemeting 2013 staat dat dit toetsingsaspect geen betrekking heeft op AZR. Dit betekent concreet dat het hier het changemanagement proces van Eno betreft en niet van Delphi/DSW. Omdat de geautomatiseerde gegevensverwerking voor 85% plaatsvindt binnen AZR

en de concessiehouder op de eigen kantoorautomatisering en Coda geen maatwerk aanpassingen en/of systeemtabellen doorvoert, is de impact voor de concessiehouder nihil.

De prestatiemeting vraagt dat er audits moeten worden uitgevoerd en dat het management heeft kennisgenomen van de bevindingen en zo nodig vervolg acties instelt. De management letter van de accountant en de SLA rapportage van de hostingpartij (Vancis) geven aan dat Eno aan deze norm voldoet

De NZa geeft aan dat de concessiehouder onvoldoende aantoont dat veranderingen die bij derden worden geïmplementeerd ook bij hem worden geïmplementeerd. De concessiehouder is van mening dat het hier alleen de kantoorautomatisering en Coda betreft waarvoor geen veranderingen zijn doorgevoerd.

Toelichting B.6

Aangezien B.5 expliciet geen betrekking heeft op AZR, heeft toetsingselement B.6 dat wel. Door Deloitte is in het onderzoek ook onderzocht dat er toereikende maatregelen zijn getroffen om de juiste werking van AZR in 2013 te borgen. Het management heeft kennis genomen van de bevindingen en stelt vast dat de juiste werking van AZR in 2013 voldoende eis geborgd. De IT rapporten worden altijd besproken in het management Team van Eno.

2.13.2.2 Reactie NZa

Algemeen

De NZa is van mening dat het onderzoek is uitgevoerd conform de standaard werkwijze van de NZa voor het onderdeel AO/IB. De NZa heeft op 23 juni 2014 de vooraf schriftelijk opgevraagde documenten digitaal ontvangen van de concessiehouder en beoordeeld. Daarnaast heeft de NZa in juli/augustus een dossieronderzoek op het accountantsdossier uitgevoerd, inclusief startbespreking met de controlerend accountant. Dit onderzoek heeft ten kantore van de extern accountant van de concessiehouder plaatsgevonden en was daarmee niet zichtbaar voor de concessiehouder. Er hebben diverse afstemmingsgesprekken plaatsgevonden over het (nog uit te voeren) onderzoek naar de werking van het DSW-systeem. Op 24 september heeft de NZa het IT-audit rapport inzake het DSW-systeem ontvangen. Na de rapportbespreking heeft op 11 november nog een vervolgoverleg plaatsgevonden. De NZa heeft tweemaal een memorandum met een extra toelichting verzonden aan de concessiehouder. Wel erkent de NZa dat er eerder in het proces afstemming van de conceptbevindingen wenselijk is. De NZa neemt de opmerkingen van de concessiehouder ter harte en zal deze betrekken in het onderzoek 2014.

Toelichting A.2, A.3 en A.4

Het controleplan geeft sturing en richting aan de uit te voeren controles voor een boekjaar. In dit controleplan wordt op basis van een risico inschatting een controlemix bepaald van uit te voeren controles om te komen tot de gewenste mate van zekerheid, rekening houdend met de vereiste betrouwbaarheid en nauwkeurigheid. Het controleplan 2013 is in de loop van 2013 vastgesteld, heeft niet voldoende diepgang en voldoet niet aan alle eisen zoals opgenomen in de regeling Controle en Administratie AWBZ verzekeraars. Daarnaast is het volledig en tijdig uitvoeren van alle werkzaamheden zoals opgenomen in het controleplan afhankelijk is van de aanwezigheid van het controleplan. De NZa heeft kennis genomen van de beschikbare controlememoranda van de uitvoering van controles en dit meegewogen in de beoordeling.

De NZa ziet geen aanleiding de beoordeling van de punten te herzien.

Toelichting B.2

De NZa is van mening dat application controls in meer en mindere mate zijn ingebouwd in de gebruikte softwarepakketten, bijvoorbeeld in de applicatie zelf of in de onderliggende database. Hierbij kan wel worden opgemerkt dat de variatie in aard, omvang en de wijze verschilt.

De NZa heeft niet kunnen vaststellen welke application controls er binnen de verschillende applicaties aanwezig zijn (ongeacht de mate waarin een systeem gebruikt wordt). Op het moment dat deze niet inzichtelijk zijn gemaakt, kan de werking hiervan ook niet worden vastgesteld. Een uitzondering hierop is het DSW-pakket waarover Deloitte over een aantal application controls gerapporteerd heeft.

Voor de jaarrekeningcontrole heeft de controlerend accountant geconcludeerd dat niet gesteund wordt op de application controls voor de jaarrekeningcontrole. Er zijn vervangende controlemaatregelen uitgevoerd om tot een oordeel te kunnen komen.

Conquaestor heeft in haar onderzoek bij Vancis de opzet en bestaan onderzocht. Er is geen onderzoek uitgevoerd naar de mate waarin de betrokken beheersmaatregelen consistent zijn toegepast en hebben gewerkt over een langere periode (werking). Door de concessiehouder is de certificering van Vancis mede aangevoerd als bewijs van voldoende functioneren van de GITC's. Op het moment dat de GITC niet voldoende werken, hebben de ingebouwde application controls geen (toegevoegde) waarde.

De NZa ziet geen aanleiding de beoordeling van de punten te herzien.

Toelichting B.3

De NZa is van mening dat niet duidelijk is hoe de permanente beschikbaarheid en de continuïteit voor de hele keten van de IT-organisatie van Salland Zorgkantoor B.V. is georganiseerd. Het stellen van eisen aan derden en de certificering van derden is nog geen garantie dat de IT-organisatie permanent en continue beschikbaar is. Hierbij moet de concessiehouder aantonen dat voldaan is aan de norm in opzet, bestaan en werking. Juist het doorvoeren van spoedwijzigingen in elke applicatie is een risicofactor.

Het vastleggen dat het management tijdig kennis heeft genomen van de bevindingen en zo nodig vervolgacties heeft ingesteld heeft de concessiehouder niet zichtbaar aangetoond aan de NZa. Daarbij kunnen ook twijfels worden getrokken als over de gehele IT-keten onvoldoende zichtbaar is, dat er juist en tijdig bijgestuurd kan worden door het management.

De NZa ziet geen aanleiding de beoordeling van de punten te herzien.

Toelichting B.4

De NZa is van mening dat er onduidelijkheid is het over opzet, bestaan en werking van de maatregelen van de logische toegangsbeveiliging voor de hele keten van de IT-organisatie van Salland Zorgkantoor B.V. Het gebruik maken van diensten van Zorgkantoor DSW B.V., ontslaat de concessiehouder niet van zijn eigen verantwoordelijkheid (zie tevens toelichting B.3.).

De aangeleverde rapportage van de IAD over de logische toegangsbeveiliging geeft geen ander beeld van de situatie. De NZa heeft kennis genomen van de rapportage van de procesaudit die in de periode van 11 tot en met 13 november 2014 heeft plaatsgevonden. Geconcludeerd is dat de IAD niet heeft kunnen vaststellen of de elementaire functiescheiding is doorbroken in 2013 en dat de IAD niet heeft kunnen vaststellen dat er geen sprake is van adequate functiescheiding binnen de toegekende autorisatie profielen. De NZa blijft van mening dat Salland Zorgkantoor B.V. onvoldoende zichtbaar heeft aangetoond dat de logische toegangsbeveiliging voor alle systemen in 2013 goed is geregeld.

De NZa heeft niet zichtbaar kunnen vaststellen dat het management van de concessiehouder kennis heeft genomen van de bevindingen van de IT-audits. Daarnaast concludeert de concessiehouder dat gezien de reactie van Zorgkantoor DSW B.V. de opvolging van de bevindingen adequaat wordt opgepakt. Zowel de vastlegging van de kennisgeving als het nemen van verantwoordelijkheid voor te nemen acties en de controle daarop is niet zichtbaar gemaakt voor de NZa.

De NZa ziet geen aanleiding de beoordeling van de punten te herzien.

Toelichting B.5

De NZa is van mening dat de opzet, bestaan en werking van de maatregelen van change management onvoldoende is aangetoond voor de hele keten van de IT-organisatie van Salland Zorgkantoor B.V. Een change is een toevoeging, aanpassing of verwijdering van alles dat effect kan hebben op IT organisatie.

De NZa vindt dat Salland Zorgkantoor B.V. onvoldoende zichtbaar heeft aangetoond dat veranderingen die bij derden worden geïmplementeerd ook aan de kant van de concessiehouder worden geïmplementeerd en andersom. Daarnaast is de NZa van mening dat onvoldoende is aangetoond dat veranderingen die de concessiehouder nodig acht juist/tijdig/volledig bij de dienstverleners worden geïmplementeerd.

Het uitbesteden van IT ontslaat de concessiehouder niet van een eigen verantwoordelijkheid om zaken ook binnen de eigen organisatie op orde te hebben. Daarnaast is een SLA geen garantie voor de juiste, tijdige en volledige verwerking van zaken die relevant zijn.

De NZa ziet geen aanleiding de beoordeling van de punten te herzien.

Toelichting B.6

De NZa is van mening dat de General IT Controls van onvoldoende niveau zijn. Salland Zorgkantoor B.V. heeft de belangrijkste IT functies en applicaties uitbesteed aan derden. Er is geen zicht op de wijze waarop GITC's zijn vormgegeven tussen die derden en de concessiehouder zelf. De concessiehouder heeft een eigen verantwoordelijkheid in het kader van AZR. Het is niet zichtbaar dat het management kennis heeft genomen van de bevindingen en hierop tijdig vervolgacties heeft ingezet.

De NZa ziet geen aanleiding de beoordeling van de punten te herzien.

3. Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken

3.1 Opvolging verbeterpunten 2012

In het rapport uitvoering AWBZ 2012 heeft de NZa een aantal verbeterpunten opgenomen. In onderstaande tabellen zijn deze verbeterpunten opgenomen als de concessiehouder op de betreffende prestatie-indicator over 2012 een onvoldoende of een voldoende heeft gerealiseerd. Daarnaast is in deze tabel opgenomen of de concessiehouder de verbeterpunten al dan niet heeft gerealiseerd.

Tabel 19. Verbeterpunten PI 7: Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het duidelijk in de overeenkomst opnemen hoe de bekostiging en eventuele aanpassing daarvan werkt.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt is gerealiseerd
2.	Het duidelijk in de overeenkomst opnemen wat er gebeurt als de stand van de productiemonitor en/of declaraties aanleiding geven tot aanpassingen en wat de criteria hierbij zijn.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt is gerealiseerd
3.	Het aantoonbaar per declaratieperiode voor elke zorgaanbieder het foutpercentage van de AW319 vastleggen.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt is gerealiseerd
4.	Het ondersteunen van de declaraties op cliëntniveau op BJZ-indicaties.	Dit verbeterpunt is niet meer van toepassing.
5.	Het aantoonbaar zicht verkrijgen op welke zorgaanbieders wel en welke niet in staat zijn om voldoende op cliëntniveau te declareren.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt niet is gerealiseerd
6.	Het opstellen van een duidelijke managementrapportage over de tijdigheid en volledigheid van declaraties.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt niet is gerealiseerd
7.	Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting aan de werkelijk gedeclareerde productie.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt niet is gerealiseerd

Bron: NZa

Tabel 20. Verbeterpunten PI 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het zichtbaar vastleggen van uitgevoerde controles op de intern gehanteerde checklist zodat het bestaan en de werking van de uitgevoerde werkzaamheden vastgesteld kan worden.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het aantoonbaar vaststellen dat de verantwoording door een bevoegd persoon ondertekend is.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.
3.	Het onderbouwen van de opgaaf van het inkomen met onderliggende documentatie (loonstroken, IB verklaring, loonopgaaf) in verband met het toetsen op juistheid.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.
4.	Het verbeteren van de risicoanalyse.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.
5.	Het beter invulling geven aan de uitvoering van de globale controles.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.
6.	Het periodiek uitvoeren van bestandscontroles met betrekking tot het vaststellen dat de gegevens van de budgethouder overeenstemmen met de GBA.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.
7.	Het verkorten van de doorlooptijden met betrekking tot de intensieve controles.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt niet is gerealiseerd. Als er sprake is van vermoedens van fraude wordt de termijn voor het communiceren van de uitkomsten van het administratief vooronderzoek of huisbezoek niet altijd gehaald.

Bron: NZa

Tabel 21. Verbeterpunten PI 9: Monitoring continuïteit zorgverlening

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het in het EWS opnemen van een totaaloordeel per gecontracteerde zorgaanbieder.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt is gerealiseerd. Aan het EWS is een eindconclusie toegevoegd waarin over iedere aanbieder een eindoordeel wordt afgegeven.
2.	Het opnemen van het declaratiegedrag van de gecontracteerde zorgaanbieder in het EWS.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt is gerealiseerd. Onder- en overproductie wordt apart gemonitord. Maandelijks vindt overleg plaats met de administratie waarin 'probleem instellingen' worden gesproken.
3.	Het in het stappenplan opnemen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor het opstellen van een noodplan, inclusief de te ondernemen acties.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt niet is gerealiseerd. Het stappenplan is nog niet aangepast.
4.	Het aantoonbaar (schriftelijk) informeren van het management over mogelijke discontinuïteit van zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders.	Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt gedeeltelijk is gerealiseerd. In de praktijk blijkt dat het management in de casus waarin sprake was van mogelijke discontinuïteit van zorg goed is geïnformeerd. Deze procedure is niet in het protocol opgenomen.

Bron: NZa

Tabel 22. Verbeterpunten PI 10: Materiële controle

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het professionaliseren van de organisatie van de materiële controles met aandacht voor de capaciteit voor onderzoeken, de functiescheiding tussen zorginkoop en uitvoering controles en de betrokkenheid van de coördinator fraudebestrijding bij opzet en evaluatie van de controleresultaten.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels grotendeels heeft gerealiseerd. Een verbeterpunt is nog wel het verhogen van de capaciteit voor de materiële controles.
2.	Het verder concretiseren van het controledoel, aansluitend bij de eisen uit de Regeling Controle en Administratie AWBZ verzekeraars.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
3.	Het maken van een beter onderscheid tussen de algemene en specifieke risicoanalyses en controleplannen.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
4.	Het openbaar maken van het algemeen controleplan voor verzekerden en zorgaanbieders.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
5.	Het uitvoeren van de geplande detailcontroles.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
6.	Het afstemmen van uitkomsten uit materiële controles met de coördinator fraudebestrijding.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
7.	Het periodiek informeren van het management over de opzet, uitvoering en resultaten uit de materiële controles.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.

Bron: NZa

Tabel 23. Verbeterpunten PI 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het op een hoger niveau brengen van de organisatie rondom de bestrijding van zorgfraude.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
2.	Het actualiseren van het plan van aanpak gericht op bestrijding van zorgfraude.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
3.	Het geven van voorlichting aan de medewerkers over bestrijding van zorgfraude.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
4.	Het in voldoende mate instellen van verdiepend vervolgonderzoek op signalen van mogelijke zorgfraude.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
5.	Het inschakelen van de coördinator fraudebestrijding bij alle vermoedens van fraude.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels gedeeltelijk heeft gerealiseerd. Een verbeterpunt is nog wel het bewaken dat alle vermoedens van misbruik worden gemeld bij de coördinator fraudebestrijding.
6.	Het registreren in het EVR.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
7.	Het beter onderbouwen en inzichtelijk maken van de vervolgacties na geconstateerde zorgfraude.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels gedeeltelijk heeft gerealiseerd. Een verbeterpunt is nog wel het meer gestructureerd registreren van de geplande en uitgevoerde fraudeonderzoeken en de vermelding van de resultaten.
8.	Het gestructureerd informeren van het management over de activiteiten van bestrijding van zorgfraude, evenals het aantoonbaar sturen hierop door het management.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.

Bron: NZa

Tabel 24. Verbeterpunten PI 12: Administratieve organisatie en interne beheersing

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het opstellen van een meer onderbouwd controleplan, waaruit onder andere blijkt wat de doelstelling van de controlewerkzaamheden is, wat het tijdstip, de frequentie en de selectiewijze van de uit te voeren controlewerkzaamheden is met motivatie hiervan.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd. Wel is een (grote) stap in de goede richting gezet met het opstellen van het controleplan 2013 en 2014.
2.	Het opstellen van een meer uitgebreid en expliciet controleplan opstellen, zodanig dat van daaruit een audittrail naar de uitgevoerde werkzaamheden kan worden gelegd waardoor onder andere aangetoond kan worden dat er in voldoende mate voor alle processen werkzaamheden zijn uitgevoerd, de posten op juiste wijze zijn geselecteerd en alle vooraf gestelde controlewerkzaamheden zijn uitgevoerd en het tijdig volledig uitvoeren van de controles.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd. Wel is een (grote) stap in de goede richting gezet met het opstellen van het controleplan 2013 en 2014.
3.	Het op een zichtbare wijze relateren van bevindingen van de uitgevoerde interne controlewerkzaamheden aan het controleplan.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
4.	Het periodiek genereren van managementinformatie van de uitgevoerde interne controles en de uitkomsten hiervan en het schriftelijk vastleggen van de bespreking van de managementinformatie en de follow-up hiervan.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
5.	Het specifiek aantonen dat implementatie van wijzigingen in wet- en regelgeving in applicaties volledig, juist en tijdig heeft plaatsgevonden.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
6.	Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
7.	Het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van de continuïteit van de geautomatiseerde systemen, zodat aantoonbaar is dat er toereikende maatregelen zijn getroffen voor de continuïteit van de geautomatiseerde systemen en dat deze maatregelen hebben gewerkt en het schriftelijk vastleggen van kennisname van het management van de bevindingen en eventuele vervolgacties.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
8.	Het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen, zodat aantoonbaar is dat er in opzet toereikende maatregelen voor logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen zijn en dat deze maatregelen bestaan en werken en het schriftelijk vastleggen van kennisname van het management van de bevindingen en eventuele vervolgacties.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.

Nr.	Verbeterpunten 2011	Toelichting opvolging verbeterpunt
9.	Het opvolgen van de bij de IT audit geconstateerde bevindingen ten aanzien van het change management van de geautomatiseerde systemen, zodat aantoonbaar is dat er toereikende maatregelen zijn getroffen voor change management en dat deze maatregelen hebben gewerkt en het schriftelijk vastleggen van kennisname van het management van de bevindingen en eventuele vervolgacties.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd
10.	Het opnemen van AZR in de IT-audit, zodat kan worden aangetoond dat er toereikende maatregelen zijn genomen ten aanzien van de opzet, bestaan en werking van AZR en het schriftelijk vastleggen van de bevindingen van het management van de IT-audit en eventuele vervolgacties.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.

Bron: NZa

3.1.1.1 Reactie concessiehouder

De concessiehouder is van mening dat de punten 6 tot en met 10 wel geheel of gedeeltelijk zijn gerealiseerd.

3.1.1.2 Reactie NZa

De NZa verwijst hiervoor naar paragraaf 2.13.2.2 waarin per toetsingselement nader op de reactie van de concessiehouder wordt ingegaan.

3.2 Opvolging verbeterpunten 2011

Ook heeft de NZa in het rapport uitvoering AWBZ 2012 de opvolging van de verbeterpunten 2011 beoordeeld. Een aantal verbeterpunten voor de processen Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik was niet afgedaan. Voor het proces Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik is omdat de concessiehouder daarvoor in 2012 een onvoldoende scoorden, een aanwijzing opgelegd (zie onder 2.12 voor de opvolging hiervan).

In de tabellen is de opvolging van de niet opgevolgde verbeterpunten 2011 aangegeven.

Tabel 25. Verbeterpunten PI 10: Materiële controle

Nr.	Verbeterpunten 2011	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het nader uitwerken van de risicoanalyses, waarbij moet worden vastgelegd wat het financieel belang is en welke maatregelen worden getroffen om het risico te beperken.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
2.	Het inzichtelijk maken van de aansluiting tussen de uitkomsten uit de risicoanalyse met de uitvoering van de materiële controles, waarbij de materiële controles worden ingezet op de risico's met de meeste prioriteit.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
3.	Het inzetten van bestandsanalyses/datamining als onderdeel van de controlemiddelen.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt nog niet heeft gerealiseerd.
4.	Het uitbreiden van de materiële controles.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
5.	Het uitbreiden van de materiële controles met detailcontroles.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
6.	De inbreng van de coördinator fraudebestrijding bij (de opzet en) evaluatie van de controleresultaten vormt een aandachtspunt, de concessiehouder heeft dit verbeterpunt opgepakt.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
7.	Het aantoonbaar periodiek informeren van het management over de opzet, uitvoering, resultaten en vervolgacties inzake de materiële controles, de concessiehouder heeft dit verbeterpunt opgepakt.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.

Bron: NZa

Tabel 26. Verbeterpunten PI 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik

Nr.	Verbeterpunten 2011	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het actualiseren van het plan van aanpak gericht op bestrijding van zorgfraude.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
2.	Het uitvoeren van werkzaamheden gebaseerd op risicoanalyse.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
3.	Het geven van voorlichting aan medewerkers over beheersing van zorgfraude.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
4.	Het betrekken van de coördinator fraudebestrijding bij uitkomsten uit de intensieve en materiële controle.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.
5.	Het op gestructureerde en consistente wijze inzichtelijk maken van de onderzoeken en maatregelen inzake zorgfraude.	Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder dit verbeterpunt inmiddels heeft gerealiseerd.

Bron: NZa

4. Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2013

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de NZa haar bevindingen weer van het onderzoek naar de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven in 2013.

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

Een post wordt als onrechtmatig aangemerkt, indien 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 2013

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 Aanwijzing wettelijke reserve AWBZ

In het rapport 2012 heeft de NZa een aanwijzing opgelegd om de negatieve wettelijke reserve AWBZ om te buigen in een positieve wettelijke reserve AWBZ. Ultimo 2013 is de wettelijke reserve AWBZ positief en daarmee heeft de concessiehouder aan de aanwijzing voldaan.

4.2.3 Bevindingen

Opvolging onderzoek 2012

Er waren in het Rapport Uitvoering AWBZ 2012 van Salland Zorgkantoor B.V. verder geen verbeterpunten opgenomen ten aanzien van de wettelijke reserve AWBZ en de beheerskosten.

Beheerskosten

In tabel 27 zijn de kerngegevens opgenomen over de beheerskosten en de wettelijke reserve AWBZ.

Het in de financiële verantwoording opgenomen budget beheerskosten sluit aan op de voorlopige vaststelling budget beheerskosten zoals opgenomen in de beschikking van het Zorginstituut Nederland.

De subsidie Fraudebestrijding PGB is onjuist gerubriceerd. Het betreft een subsidie die geen onderdeel is van de beheerskosten. Het verantwoorde bedrag aan subsidie Fraudebestrijding PGB is gelijk aan de hiervoor verantwoorde kosten. Hierdoor heeft de onjuiste rubricering van de subsidie Fraudebestrijding PGB geen financieel effect op het budgetresultaat beheerskosten. De concessiehouder moet dit corrigeren in de financiële verantwoording 2014. De hierna opgenomen kerngegevens zijn exclusief de subsidie Fraudebestrijding PGB.

Tabel 27. Beheerskosten en wettelijke reserve AWBZ

Kerngegevens concessiehouder	2013	2012
Budget beheerskosten AWBZ boekjaar (x € 1.000)	3.297	3.461
Beheerskosten AWBZ boekjaar (x € 1.000)	2.988 ⁸	3.413
Budgetresultaat beheerskosten AWBZ boekjaar (x €1.000)	309	48
Wettelijke reserve AWBZ ultimo jaar (x € 1.000)	206	-/- 132
Mutatie beheerskosten ten opzichte van voorgaand jaar in %	-/- 12,5%	0,2%
Wettelijke reserve AWBZ als percentage van het budget beheerskosten	6,2%	-/- 3,8%

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

De beheerskosten zijn in 2013 ten opzichte van 2012 met 12,5% gedaald (€ 425.000). De belangrijkste redenen voor deze daling zijn het wegvallen van de (aanloop)kosten voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden (UAZ) en het terugbrengen van de indirecte kosten die worden doorbelast.

Onderdeel van de beheerskosten 2012 waren de kosten die de concessiehouder heeft gemaakt in de voorbereiding voor UAZ. In 2013 zijn voor dit project geen kosten meer gemaakt waardoor de werkelijke beheerskosten lager zijn dan in 2012.

De externe accountant heeft de rechtmatigheid van de beheerskosten op toereikende wijze vastgesteld. De NZa constateert dat de beheerskosten over 2013 rechtmatig zijn. De NZa heeft over 2013 geen onrechtmatigheden of onzekerheden over de rechtmatigheid van de beheerskosten geconstateerd.

Deelbudget UAZ 2012

In 2012 bestond een gedeelte van het budget beheerskosten uit een eenmalig deelbudget voor de uitvoering van UAZ. In het rapport 2012 was opgenomen dat de verbindingkantoren zich over dit deelbudget nog moesten verantwoorden met een separate controleverklaring. De concessiehouder heeft zich in 2013 aan het Zorginstituut Nederland verantwoord over dit deelbudget.

Het Zorginstituut Nederland heeft de NZa verzocht de UAZ verantwoordingen te beoordelen en haar bevindingen hierover te rapporteren aan het Zorginstituut Nederland. De NZa zal haar bevindingen naar aanleiding van de beoordeling van de verantwoording van de

⁸ In de financiële verantwoording zijn de beheerskosten AWBZ verantwoord inclusief de kosten voor de subsidieverlening Fraudebestrijding PGB van € 196.000.

concessiehouder in een apart rapport opnemen. Het Zorginstituut Nederland zal het budget UAZ in 2015 definitief vaststellen.

Wettelijke reserve AWBZ

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2013 bedraagt € 206.000 (31 december 2012: € 132.000 negatief). Over 2013 heeft de concessiehouder een positief resultaat op de beheerskosten kunnen realiseren waardoor de wettelijke reserve AWBZ ultimo 2013 positief is. De wettelijke reserve AWBZ ultimo 2012 was negatief.

De concessiehouder heeft in 2013 een bescheiden rendement toegerekend aan de wettelijke reserve AWBZ. Het rendementspercentage is acceptabel.

Het in 2013 behaald rendement op tijdelijk overtollige middelen PGB geeft geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.

4.2.4 Oordeel NZa

De NZa concludeert dat de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten over 2013 van € 2.988.000 rechtmatig zijn.

Het Zorginstituut Nederland heeft de NZa verzocht de UAZ verantwoordingen met betrekking tot 2012 te beoordelen en haar bevindingen hierover te rapporteren aan het Zorginstituut Nederland. De NZa zal haar bevindingen naar aanleiding van de beoordeling van de verantwoording van de concessiehouder in een apart rapport opnemen. Het Zorginstituut Nederland zal het deelbudget UAZ in 2015 definitief vaststellen.

Door de concessiehouder is de subsidie Fraudebestrijding PGB 2013-2014 onjuist verantwoord in de financiële verantwoording 2013. De concessiehouder moet dit corrigeren in de financiële verantwoording 2014.

4.3 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2013

4.3.1 Inleiding

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

4.3.2 Bevindingen

In tabel 28 zijn de kerngegevens opgenomen over de bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ.

Tabel 28. Bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ

Kerngegevens concessiehouder	2013 (x € 1.000)	2012 (x € 1.000)
Bedrijfsopbrengsten AWBZ:		
Vergoeding zorgaanpakken	302.387	297.153
Budget beheerskosten AWBZ	3.326	3.474
Vergoeding AFBZ rechtstreeks met het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) te verrekenen kosten en opbrengsten (saldo) ⁹	45	897
Subsidies PGB-AWBZ	25.319	24.878
Subsidie Fraudebestrijding PGB	196	0
Totaalbedrag bedrijfsopbrengsten AWBZ	331.273	326.402
Schaden AWBZ:		
Totaal schaden AWBZ exclusief subsidies	302.432	298.048
Totaalbedrag schaden subsidies PGB-AWBZ	25.319	24.878
Totaalbedrag schaden AWBZ	327.751	322.926

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

De externe accountant heeft de rechtmatigheid van de bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ op toereikende wijze vastgesteld. De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies (€ 305.758.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 302.432.000) over 2013 rechtmatig zijn, met uitzondering van de hierna opgenomen onrechtmatigheden en onzekerheden over de rechtmatigheid.

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 moet worden ingediend. Voor het PGB beoordeelt de NZa uitsluitend de procedurele rechtmatigheid.

4.3.3 Onrechtmatigheden in de verantwoording 2013

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2013 onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ zijn geconstateerd ten aanzien van de uitgevoerde formele controles voor een bedrag van € 1.200.

De concessiehouder moet deze fout corrigeren in de financiële verantwoording 2014.

4.3.4 Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2013

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2013 onzekerheid over de rechtmatigheid bestaat over de volgende post:

- Een nog niet afgesloten onderzoek materiële controles over 2013 bij één zorgaanbieder voor een bedrag van € 12.000.

De concessiehouder moet verder onderzoek doen naar de rechtmatigheid van deze post.

In afwachting van de resultaten van dit onderzoek schort de NZa haar oordeel over deze uitgaven op.

⁹ Inclusief rentevergoedingen AFBZ bij afrekeningen.

De concessiehouder heeft in 2013 de formele controles met een nauwkeurigheid van 97% uitgevoerd. De Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars vraagt in artikel 9 een nauwkeurigheid van 99%. De extern accountant van de concessiehouder heeft een goedkeurende accountantsverklaring afgegeven voor het onderdeel formele controles op basis van het nauwkeurigheidspercentage van 97%. Door de concessiehouder en de externe accountant is een onderbouwing aangeleverd die het aannemelijk maakt dat het hanteren van een nauwkeurigheid van 97% voor de formele controles niet leidt tot een ander oordeel over de rechtmatigheid dan als het nauwkeurigheidspercentage van 99% gehanteerd zou zijn.

Voor de formele controles in volgende boekjaren moet de concessiehouder de controles uitvoeren rekening houdend met het in de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars genoemde nauwkeurigheidspercentage.

Als uit het onderzoek over 2014 blijkt dat het in 2013 gehanteerde nauwkeurigheidspercentage heeft geleid tot het niet ontdekken van fouten en onzekerheden in de financiële verantwoording 2013 dan moet de concessiehouder nader onderzoek doen en eventuele fouten corrigeren in de financiële verantwoording 2014.

4.4 Opvolging onderzoek 2012

Bij haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2012 heeft de NZa onrechtmatige uitgaven geconstateerd voor een totaalbedrag van € 84.000 ten aanzien van de medische materiële controle. De concessiehouder moest deze uitgaven corrigeren. De NZa concludeert dat de concessiehouder de onrechtmatige uitgaven niet heeft gecorrigeerd. Er is in 2012 geconcludeerd dat er een fout is aangetroffen tijdens de uitvoering van de medisch materiële controle (sector vreemde indicaties). Deze conclusie was echter gebaseerd op een voorlopig document en uit het finale rapport materiële controle blijkt nu dat de zorgverlener toch juist gehandeld heeft. De verwerking in de nacalculatie heeft juist plaatsgevonden. Derhalve is er geen aanpassing gemaakt en kan geconcludeerd worden dat correctie terecht niet is doorgevoerd, zodat het onderzoek 2012 op dit punt is afgedaan.

Daarnaast heeft de concessiehouder in de financiële verantwoording een herrubricering doorgevoerd in de vergelijkende cijfers. In het verloopoverzicht van de wettelijke reserve AWBZ is het budgetresultaat uitgesplitst naar huidig en voorgaand boekjaar.

De NZa heeft geen onzekerheden over de rechtmatigheid de financiële verantwoording van de concessiehouder over 2012 opgenomen.

5. Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2013

5.1 Inleiding

De NZa heeft de tijdigheid, volledigheid en juistheid van de verantwoordingsinformatie 2013 (uitvoeringsverslag, financiële verantwoording, bestuurlijke verantwoording) beoordeeld. In dit hoofdstuk gaat de NZa ook in op de accountantsproducten 2013.

5.2 Tijdigheid

De verantwoordingsdocumenten 2013 zijn tijdig ontvangen.

5.3 Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken

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

5.4 Uitvoeringsverslag

De informatie in het uitvoeringsverslag is niet volledig. De onderwerpen in het uitvoeringsverslag zijn niet volledig behandeld. Dit betreft de volgende onderwerpen:

- Prestatie-indicator PGB: In het uitvoeringsverslag is geen passage opgenomen over de borging van de deskundigheid in het PGB proces. Daarnaast is er in het uitvoeringsverslag wel melding gemaakt over de cliëntenraadpleging en dat besloten is deze voorlopig niet te houden, maar niet over de beweegredenen daarvan.
- Prestatie-indicator Klachtenbehandeling: De opgenomen tekst is voor een groot deel rechtstreeks overgenomen uit het uitvoeringsverslag 2012. De kengetallen zijn ongewijzigd overgenomen. Daarmee geeft het uitvoeringsverslag onjuiste informatie komen de gegevens niet overeen met de gegevens in het klachtenregister.

5.5 Bestuurlijke verantwoording

De bestuurlijke verantwoording als onderdeel van de financiële verantwoording heeft niet op alle aspecten voldoende diepgang. Dit betreft de volgende aspecten:

- Prestatie-indicator Administratie op verzekerdeniveau zorg in natura: Kengetal ZC04 is op de situatie van 15 april van het verslagjaar ingevuld. Dit moet worden verlegd naar 1 juni van het verslagjaar.
- Prestatie-indicator Administratie op verzekerdeniveau voor PGB: De volgende onderdelen zijn niet voldoende toegelicht: De voortgang van de uitvoering van de huisbezoeken per 31 december, de foutevaluatie met betrekking tot de het Controle- en incassoprotocol vereiste controles, de elementen van beëindiging bevoorschotting en aandeel van de incassokosten.
Daarnaast heeft de concessiehouder de toelichting met betrekking tot het bedrag van het in het boekjaar gerealiseerde financieel rendement

- op tijdelijk overtollige middelen PGB dubbel opgenomen met verschillende bedragen.
- Prestatie-indicator Continuïteit zorgverlening: De concessiehouder is in de bestuurlijke verantwoording niet ingegaan op het onderwerp 'overdracht continuïteit van zorg', eventuele acties die hij heeft ondernomen om de overmachtssituatie te voorkomen en de uitkomsten van het beroep op overmacht.
 - Prestatie-indicator Materiële controle: De in de verantwoordingsinformatie opgenomen rapportage is te beknopt. Vooral de organisatie (personele bezetting et cetera), uitgevoerde materiële controles en managementinformatie zijn met onvoldoende diepgang en reikwijdte beschreven.
 - Taak 18: De concessiehouder heeft in de bestuurlijke verantwoording geen passage opgenomen dat er een bestendige gedragslijn voor het toerekenen van beheerskosten AWBZ is gehanteerd.

5.6 Financiële verantwoording

De opgenomen indeling en toelichting in de financiële verantwoording is niet geheel conform de eisen van het model uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2013 van de NZa. Dit betreft het volgende aspect:

- Rubricering Subsidie Fraudebestrijding PGB
De verkregen gelden en de hierbij behorende uitgaven voor de subsidie Fraudebestrijding PGB zijn gedeeltelijk gerubriceerd onder de posten die verband houden met de beheerskosten. Dit is een onjuiste rubricering. Deze subsidie is geen onderdeel van de beheerskosten.

5.7 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 2013.

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.