

**Rapport**

# **Uitvoering AWBZ 2013**

Concessiehouder

Agis Zorgverzekeringen N.V.

December 2014



## Inhoud

<b>1. Samenvatting</b>	<b>5</b>
1.1 Inleiding	5
1.2 Opzet onderzoek 2013	5
1.3 Samenvattend oordeel uitvoering 2013	7
1.3.1 Uitvoering AWBZ 2013	7
1.3.2 Goede processen 2013	7
1.3.3 Voldoende processen 2013	8
1.4 Opvolging verbeterpunten 2012	11
1.4.1 Opvolging verbeterpunten 2012	11
1.4.2 Opvolging verbeterpunten 2011	12
1.5 Oordeel NZa over de rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2013	13
1.5.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2013	13
1.5.2 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2013	13
1.5.3 Opvolging vorige onderzoek	14
1.6 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2013	14
1.7 Tijdigheid verantwoordingsinformatie 2013	15
<b>2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2013</b>	<b>17</b>
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
2.3.2 Aanwijzing Persoonsgebonden budget	22
2.4 Prestatie-indicator 3: Klachtenbehandeling	23
2.4.1 Prestatiemeting Klachtenbehandeling	23
2.4.2 Verdiepende vragen onderzoek Klachtenbehandeling	26
2.5 Prestatie-indicator 4: Contracteerproces	26
2.5.1 Prestatiemeting Contracteerproces	26
2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces	29
2.6 Prestatie-indicator 5: Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	31
2.6.1 Prestatiemeting Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	31
2.6.2 Verdiepende vragen onderzoek Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	33
2.7 Prestatie-indicator 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening	35
2.7.1 Prestatiemeting Innovatie en kwaliteit zorgverlening	35
2.8 Prestatie-indicator 7: Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	35
2.8.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	35
2.8.2 Informatieverzoek bevoorschotting zorgaanbieders	39
2.8.3 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	39
2.9 Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdeniveau voor PGB	40
2.9.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdeniveau voor PGB	40
2.9.2 Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB	44
2.9.3 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor PGB	44
2.10 Prestatie-indicator 9: Monitoring continuïteit zorgverlening	45
2.10.1 Prestatiemeting Monitoring continuïteit zorgverlening	45

2.10.2	Verdiepende vragen onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening	48
2.11	Prestatie-indicator 10: Materiële controle	50
2.11.1	Prestatiemeting Materiële controle	50
2.11.2	Aanwijzing Materiële controle	54
2.12	Prestatie-indicator 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	54
2.12.1	Prestatiemeting Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	54
2.12.3	Aanwijzing Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	57
2.13	Prestatie-indicator 12: Administratieve organisatie en interne beheersing	58
2.13.1	Prestatiemeting Administratieve organisatie en interne beheersing	58
<b>3.</b>	<b>Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken</b>	<b>63</b>
3.1	Opvolging verbeterpunten 2012	63
3.2	Opvolging verbeterpunten 2011	68
<b>4.</b>	<b>Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2013</b>	<b>71</b>
4.1	Inleiding	71
4.2	Wettelijke reserve en beheerskosten 2013	71
4.2.1	Inleiding	71
4.2.2	Bevindingen	71
4.2.3	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
4.3.5	Overige opmerkingen	74
4.4	Opvolging onderzoek 2012	74
<b>5.</b>	<b>Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2013</b>	<b>77</b>
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 Agis Zorgverzekeringen N.V. voert de AWBZ uit voor de volgende zorgregio's:

- Amsterdam;
- Apeldoorn / Zutphen en omstreken;
- 't Gooij;
- Utrecht.

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 Agis Zorgverzekeringen N.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 prestatievelden: 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 mutatie-dagen. 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 <sup>1</sup>
<b>Prestatieveld 1: Service aan cliënten</b>				
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	G	3	6
<b>Prestatieveld 2: Zorginkoop en contractering</b>				
4. Contracteerproces	Zie paragraaf 2.5.1	V	1	1
5. Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	Zie paragraaf 2.6.1	V	2	2
6. Innovatie en kwaliteit zorgverlening	Zie paragraaf 2.7.1	n.v.t.	2	n.v.t.
<b>Prestatieveld 3: Moderne administratieve organisatie</b>				
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	G	3	6
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	V	1	1

Bron: NZa

### 1.3.2 Goede processen 2013

Agis Zorgverzekeringen N.V. heeft de processen Klachtenbehandeling, Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget en Monitoring continuïteit zorgverlening op goede wijze uitgevoerd.

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

### **1.3.3 Voldoende processen 2013**

Agis Zorgverzekeringen N.V. heeft de processen Persoonsgebonden budget, Contracteerproces, Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte, Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura, Materiële controle, Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik en Administratieve organisatie en interne beheersing op voldoende wijze uitgevoerd. Voor deze processen moet de concessiehouder de volgende verbeterpunten doorvoeren:



**Tabel 2. Verbeterpunten 2013 voldoende processen**

Verbeterpunten 2013	
1.	<p><i>Persoonsgebonden budget<sup>2</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het aanpassen van de begeleidende brief waarbij de juiste inlevertermijn voor indiening van verantwoordingsinformatie wordt genoemd.</li> <li>- Het vermelden in de brieven die bij het verantwoordingsformulier over het tweede half jaar zijn verzonden van de mogelijkheid om het verantwoordingsformulier in te dienen via de website van de Sociale Verzekeringsbank.</li> <li>- Het toekennen van het PGB-budget binnen 28 dagen nadat de aanvraag is ontvangen.</li> <li>- Het zodanig aanpassen van de processen zodat binnen tien weken de toekenningsbeschikking wordt verstrekt.</li> </ul>
2.	<p><i>Contracteerproces<sup>3</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het aantoonbaar maken dat de concessiehouder heeft gecontroleerd dat de cliëntenraad door de zorgaanbieder is geraadpleegd over de algemene gang van zaken rond de invulling van het zorgplan.</li> <li>- Het niet beperken van een voorlichtingsbijeenkomst voor cliëntenraden voor het gehele werkgebied.</li> <li>- Het jaarlijks opstellen van een regiovisie met aandacht voor regionale ontwikkelingen onder andere als gevolg van overheidsbeleid.</li> <li>- Het expliciet in het inkoopbeleid aangeven dat de voorwaarden onverkort ook voor nieuwe zorgaanbieders gelden, met inachtneming van de in het inkoopbeleid hiervan uitgezonderde voorwaarden en eisen.</li> <li>- Het transparant opnemen in het inkoopbeleid van: <ul style="list-style-type: none"> <li>- De consequenties van het niet realiseren van verbeterafspraken.</li> <li>- De verdeling van extramurale groei.</li> <li>- De voorwaarden voor het in aanmerking komen voor de rol als organisator van beschikbaarheidszorg in een regio en voor de consultatie SOG.</li> </ul> </li> <li>- Het vereenvoudigen van het inkoopbeleid zodat zorgaanbieders bij het aangaan van de overeenkomst op de hoogte zijn van de voorwaarden, criteria en mogelijke consequenties.</li> <li>- Het in het contracteerbeleid benoemen van de vormen van onderaanneming, die de concessiehouder als zodanig onderscheidt.</li> <li>- Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder zich houdt aan de leveringsvoorwaarden betreffende het ontruimen van de leefruimte na overlijden.</li> <li>- Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder in zijn publieksvoorlichting duidelijk is over zijn ontruimingsbeleid bij overlijden.</li> </ul>
3.	<p><i>Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte<sup>4</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het systematisch uitwerken van de instrumenten die de concessiehouder wil inzetten om doelmatige zorgverlening te bevorderen.</li> <li>- Het actiever sturen op gepast gebruik.</li> <li>- Het opnemen in het inkoopbeleid van de grenzen van een acceptabele onderproductie.</li> <li>- Het ervoor zorgdragen dat de onderproductie op de herschikkingsafpraak wordt teruggedrongen.</li> </ul>
4.	<p><i>Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura<sup>5</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het in de overeenkomst voor het volgende contractjaar en/of in een begeleidend schrijven de bevoorschottingssystematiek toelichten, inclusief eventuele toe te passen wijzigingen in de loop van het jaar.</li> <li>- Het in de overeenkomst voor het volgende jaar voorzien in een maandelijks aan te passen voorschot dat volledig meebeweegt met de werkelijke productie AW319 t-3.</li> <li>- Het monitoren van de juistheid van de AW319 gedurende het gehele jaar.</li> <li>- Het gedurende het gehele jaar inzetten van voldoende actie als juiste indiening achterwege blijft.</li> <li>- Het opstellen van een duidelijke managementrapportage waarin naast volledigheid ook kerngegevens zijn opgenomen over de tijdige indiening van de declaraties en over de juistheid, zodat het management tijdig kan bijsturen.</li> <li>- Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting in periode t zodat de werkelijke productie AW319 van t-3 volledig wordt gevolgd.</li> </ul>

<sup>2</sup> Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.3. te raadplegen.

<sup>3</sup> Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.5. te raadplegen.

<sup>4</sup> Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.6. te raadplegen.

<sup>5</sup> Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.8. te raadplegen.

Verbeterpunten 2013	
5.	<p><i>Materiële controle<sup>6</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het tijdig vaststellen en openbaar maken van het algemeen controleplan (voorafgaande aan het betreffende controlejaar).</li> <li>- Het aantoonbaarder vastleggen van een aantal stappen (zie paragraaf 2.11) in het proces materiële controle en welke afwegingen hierbij in welke fase van het proces gemaakt moeten worden.</li> <li>- Het verbeteren van het proces van materiële controle, onder andere door het opvolgen van de intern geconstateerde verbeteracties naar aanleiding van de interne review van de risicoanalyse materiële controle AWBZ 2013.</li> <li>- Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die is gemaakt om te bepalen welke controlemiddelen voor de verschillende gedefinieerde categorieën zorgaanbieders worden ingezet (ook in het kader van proportionaliteit en subsidiariteit).</li> <li>- Het terugvorderen bij zorgaanbieders van onrechtmatige schade uit eerdere verslagjaren indien er onrechtmatigheden naar voren komen uit eerdere verslagjaren bij het uitvoeren van materiële controles over het huidige verslagjaar.</li> <li>- Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die gemaakt wordt bij de analyse van de uitkomsten van de materiële controles en wat dit betekent voor de controleaanpak / risicoanalyse.</li> <li>- Het corrigeren van alle financiële fouten in de financiële verantwoording (inclusief voorgaande jaren).</li> </ul>
6.	<p><i>Misbruik en oneigenlijk gebruik<sup>7</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het afronden van het op peil brengen van de personele bezetting.</li> <li>- Het afronden van risicoanalyses voor zorg in natura (instellen controleplatform ZIN), het opnemen hiervan in het plan van aanpak en dit plan tot uitvoering brengen.</li> <li>- Het inventariseren van de risico's voor interne fraude en het hiervan opnemen in het plan van aanpak.</li> <li>- Het daadwerkelijk uitvoeren van bestandsvergelijkingen/ datamining.</li> <li>- Het bevorderen van het integriteitsbewustzijn en het uitvoeren van het awarenessprogramma voor medewerkers van het zorgkantoor.</li> <li>- Het beter toegankelijk maken van de website voor het melden van mogelijke fraude.</li> <li>- Het verder verbeteren van de samenwerking tussen fraudecoördinator en de uitvoerende afdeling speciale zaken.</li> <li>- Het borgen dat procedures en protocollen worden nageleefd.</li> <li>- Het vastleggen van signalen in 2014 die zelf gegenereerd zijn vanuit de risicomatrix, zorginkoop en materiële controle.</li> <li>- Het aanpassen c.q. uniformeren van managementrapportages, waardoor eventuele noodzakelijke bijsturing mogelijk en inzichtelijk wordt.</li> </ul>
7.	<p><i>Administratieve organisatie en interne controle<sup>8</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het opstellen en vaststellen van een controleplan voorafgaand aan het controlejaar.</li> <li>- Het verbeteren van de audittrail in het controleplan zodat duidelijker de samenhang blijkt tussen de risicoanalyse, de aanwezige mitigerende maatregelen, de restrisico's, de uit te voeren controlewerkzaamheden, de selectiewijze en de rapportagestructuur.</li> <li>- Het volledig voldoen aan de artikelen 5 en 6 van de Regeling Controle AWBZ Administratie AWBZ verzekeraars (inclusief het onderdeel privacy).</li> <li>- Het gespreid over en gedurende het boekjaar uitvoeren van controles zodat bijsturing tijdens het boekjaar kan plaatsvinden (vooral formele en materiële controles).</li> <li>- Het vaststellen van de opzet, het bestaan en de blijvend juiste werking van de application controls.</li> <li>- Het vaststellen dat de maatregelen die zijn getroffen voor de continuïteit van de geautomatiseerde systemen gedurende het jaar hebben gewerkt.</li> <li>- Het opnemen van een schriftelijke managementreactie.</li> </ul>

Bron: NZa

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

<sup>6</sup> Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.11. te raadplegen.

<sup>7</sup> Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.12. te raadplegen.

<sup>8</sup> Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.13. te raadplegen.

## 1.4 Opvolging verbeterpunten 2012

### 1.4.1 Opvolging verbeterpunten 2012

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

Agis Zorgverzekeringen N.V. heeft de verbeterpunten 2012 met betrekking tot het proces Klachtenbehandeling 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 dit proces alsnog wordt gerealiseerd (zie hoofdstuk 3).

In tabel 3 zijn de verbeterpunten 2012 opgenomen die de concessiehouder nog niet (geheel) heeft gerealiseerd, voor in 2013 niet op goede wijze uitgevoerde processen.

Agis Zorgverzekeringen N.V. heeft de volgende verbeterpunten niet (geheel) gerealiseerd:

**Tabel 4. Opvolging verbeterpunten 2012**

Verbeterpunten 2012 die niet (geheel) gerealiseerd zijn	
1.	<p><i>Persoonsgebonden budget:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het voor alle zorgkantoorregio's zorgdragen voor een tijdige beoordeling en toekenning van de PGB-aanvragen.</li> <li>- Het zodanig aanpassen van de processen zodat binnen zes weken de toekenningsbeschikking wordt verstrekt.</li> </ul>
2.	<p><i>Innovatie en kwaliteit zorgverlening:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het beter documenteren van de netwerken dementie en van het ontwikkelingsstadium waarin deze zich bevinden.</li> <li>- Het naast toetsen van de uitkomsten aan de hand van kengetallen ook de zorgaanbieder GGZ vragen naar een vastgestelde visie of beleidsplan.</li> </ul>
3.	<p><i>Administratie op verzekerdeniveau voor Zorg in natura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het duidelijk in de overeenkomst met zorgaanbieders opnemen hoe de maandelijkse aanpassing van de bevoorschotting op basis van de declaraties op cliëntniveau plaatsvindt.</li> <li>- Het opstellen van een inzichtelijke periodieke managementrapportage over de voortgang van de declaratie op cliëntniveau waaruit minimaal blijkt de mate waarin zorgaanbieders volledigheid bereikt hebben van AW319 ten opzichte van de productiemonitor; en de mate waarin zorgaanbieders het declaratiebestand AW319 tijdig en juist hebben ingediend.</li> <li>- Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting op basis van de gedeclareerde productie.</li> </ul>
4.	<p><i>Materiële controle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het tijdig vaststellen en openbaar maken van het algemeen controleplan (voorafgaande aan het betreffende controlejaar).</li> <li>- Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die gemaakt wordt bij de analyse van de uitkomsten van de materiële controles en wat dit betekent voor de controleaanpak / risicoanalyse.</li> <li>- Het terugvorderen bij zorgaanbieders van onrechtmatige schade uit eerdere verslagjaren indien er onrechtmatigheden naar voren komen uit eerdere verslagjaren bij het uitvoeren van materiële controles over het huidige verslagjaar.</li> </ul>
5.	<p><i>Misbruik en oneigenlijk gebruik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het opstellen van een transparante risicoanalyse en een actueel en gestructureerd plan van aanpak gericht op bestrijding van zorgfraude in de AWBZ</li> <li>- Het aanscherpen van het geven van voorlichting aan medewerkers van de zorgkantoren.</li> <li>- Het uitvoeren van bestands- of systeemvergelijkingen.</li> <li>- Het meer aandacht besteden aan signalering, opsporing en afdoening van vermoeden van interne fraude.</li> <li>- Het verbeteren van de registratie van signalen van zorgfraude.</li> <li>- Het verbeteren van de managementrapportage.</li> </ul>
6.	<p><i>Administratie organisatie en interne beheersing:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het opstellen van een controleplan voor aanvang van het controlejaar.</li> <li>- Het volledig voldoen aan de artikelen 5 en 6 van de Regeling en Controle AWBZ Administratie AWBZ verzekeraars 2012 (inclusief het onderdeel privacy).</li> <li>- Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken.</li> <li>- Het uitvoeren van een ketentest waardoor uitwijk van de applicaties in samenhang getest wordt.</li> <li>- Het binnen de scope brengen van het onderzoek van Internal Audit van het vaststellen of de getroffen maatregelen voor de continuïteit van de geautomatiseerde systemen werken.</li> </ul>

Bron: NZa

De overige verbeterpunten zijn wel op voldoende wijze opgepakt. De concessiehouder moet zich over de gevraagde verbeterpunten expliciet verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2014.

#### 1.4.2 Opvolging verbeterpunten 2011

De NZa heeft in het onderzoek uitvoering AWBZ 2012 de opvolging van de verbeterpunten 2011 beoordeeld. Voor de processen Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik is, omdat zij in 2012 een

onvoldoende scoorden, een aanwijzing opgelegd (zie onder 2.11 en 2.12 voor de opvolging hiervan).

Agis Zorgverzekeringen N.V. heeft de volgende verbeterpunten 2011 niet (geheel) gerealiseerd:

**Tabel 5. Opvolging verbeterpunten 2011**

Verbeterpunten 2011 die niet (geheel) gerealiseerd zijn	
1.	<p><i>Materiële controle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het verder uitwerken en vastleggen in het plan van aanpak hoe de geconstateerde onregelmatigheden moeten worden vertaald naar vervolgmaatregelen en terugvorderingen.</li> <li>- Het na constatering van onregelmatigheden een beter onderbouwde afweging maken met betrekking tot vervolgacties.</li> </ul>
2.	<p><i>Misbruik en oneigenlijk gebruik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het uitvoeren van werkzaamheden gebaseerd op risicoanalyse.</li> <li>- Het actiever uitvoering geven aan het signaleren van intern misbruik en oneigenlijk gebruik.</li> </ul>

Bron: NZa

De concessiehouder moet zich over de openstaande verbeterpunten 2011 Misbruik en oneigenlijk gebruik en Materiële controle expliciet verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2014.

## 1.5 Oordeel NZa over de rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2013

### 1.5.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2013

De NZa concludeert dat de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten over 2013 van € 24.662.000 rechtmatig zijn. De NZa heeft nadere informatie ontvangen over de per kwartaal verantwoorde beheerskosten 2014. Over deze ontvangen informatie 2014, zal ook mede in relatie tot de verantwoorde beheerskosten 2013, nog nader overleg plaatsvinden. Ook zal deze informatie betrokken worden bij het onderzoek 2014.

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2013 bedraagt € 3.644.000 (31 december 2012: € 4.140.000) en geeft aanleiding tot het maken van de volgende opmerking: De concessiehouder heeft in 2013 geen rendement toegerekend aan de wettelijke reserve AWBZ vanwege de zeer lage rentestand. De concessiehouder had rente moeten toerekenen.

De concessiehouder moet dit rendement alsnog berekenen en corrigeren in de financiële verantwoording 2014.

### 1.5.2 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2013

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies (€ 4.254.487.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 4.230.321.000) over 2013 rechtmatig zijn, met uitzondering van de hierna opgenomen onrechtmatigheden en onzekerheden over de rechtmatigheid.

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2013 onrechtmatige schaden AWBZ zijn geconstateerd ten aanzien van de uitgevoerde materiële controles in 2012 van € 3.902.000.

De concessiehouder moet de bedragen van 2012 corrigeren in de financiële verantwoording 2014.

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2013 onzekerheid over de rechtmatigheid bestaat ten aanzien van de uitgevoerde materiële controles 2012 en 2013 voor een bedrag van € 9.301.000.

De concessiehouder moet onderzoek doen naar de rechtmatigheid van de verantwoorde uitgaven. In afwachting van de resultaten van dit onderzoek heeft de NZa haar oordeel over deze uitgaven opgeschort.

#### *Overige opmerkingen*

De concessiehouder is eisende partij in een faillissement van een zorgaanbieder. De concessiehouder heeft een vordering van € 9.002.000. Onzeker is of dit bedrag zal worden ontvangen. Een bedrag van € 5.435.000 is in de financiële verantwoording 2013 verantwoord als een vordering. Een bedrag van € 3.567.000 moet nog als vordering opgenomen worden in de financiële verantwoording.

De concessiehouder moet zich inspannen om de vordering van € 9.002.000 te innen. In de bestuurlijke verantwoording 2014 moet de concessiehouder zich hierover expliciet verantwoorden.

### **1.5.3 Opvolging vorige onderzoek**

De NZa heeft vorig onderzoek in het rapport op basis van haar onderzoek opgenomen dat er over 2012 fouten zijn geconstateerd met betrekking tot het PGB voor een bedrag van € 195.000. Voor de fouten met betrekking tot het PGB geldt dat de NZa uitsluitend de procedurele rechtmatigheid beoordeelt. Voor de volledigheid en ter informatie zijn ook de gerapporteerde fouten van de externe accountant met betrekking tot het PGB vermeld. De concessiehouder moest de fouten PGB corrigeren in zijn verantwoording over 2013.

De concessiehouder geeft in een reactie aan dat de financiële fout van € 195.000 niet meer kan worden hersteld als een definitieve eindafrekening is vastgesteld. Voor 2012 zijn alle eindafrekeningen definitief vastgesteld. De NZa concludeert dat de fouten 2012 niet zijn gecorrigeerd in de verantwoording 2013. Het Zorginstituut Nederland zal beoordelen of deze post van € 195.000 rechtmatig is.

## **1.6 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 volledig opgesteld volgens het Model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2013. Niet alle posten zijn op de juiste plaats gerubriceerd in de financiële verantwoording 2014 en niet alle niet gecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden zijn afdoende toegelicht in de financiële verantwoording.

## **1.7 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.

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
<b>D.</b>	<b>Ervoor zorgen dat AWBZ-verzekerden hun aanspraken kunnen realiseren overeenkomstig aard, inhoud en omvang zoals in het indicatiebesluit is vastgesteld</b>		
D.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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.</li> <li>- zorgt in 2013 voor de landelijke wachtlijstregistratie van het Zorginstituut Nederland (voorheen het CVZ<sup>9</sup>) 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.</li> </ul>	2	1,75
	<p><b>Verbeterpunt:</b> 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>		
<b>TOTAAL</b>		<b>2</b>	<b>1,75</b>

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.

<sup>9</sup> 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 concessiehouder houdt de etalage-informatie bij op de eigen website.

De concessiehouder streeft er naar kwaliteitsgegevens op een logische, voor de cliënt vindbare plek te etaleren. De concessiehouder is van mening dat kiesBeter of in de toekomst de website van het Zorginstituut Nederland hiervoor een geschikte plek is. Mocht kiesBeter nieuwe updates niet meer publiceren, dan zal de concessiehouder deze op de eigen website vermelden.

*Rol Zorginstituut Nederland*

De concessiehouder 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
<b>A.</b>	<b>Cliëntgerichte en cliëntvriendelijke informatieverstrekking aan budgethouders</b>		
A.1	<p><b>Norm:</b>                      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 hulpgids 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"> <li>- de 10-uren eis voor de functie begeleiding;</li> <li>- een onderzoek door de verzekerde, voorafgaande aan de aanvraag, of er zorg in natura beschikbaar is en de hulp van de concessiehouder hierbij;</li> <li>- het indienen van een budgetplan waaruit blijkt dat het AWBZ-verzekerde zorg betreft en niet uitsluitend zorg vanwege door de concessiehouder gecontracteerde zorgaanbieders.</li> </ul> <p>De concessiehouder geeft beginnende PGB-houders actuele informatie via:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de bewuste-keuze gesprekken met alle aspirant PGB-houders, waarbij hij de 'Handreiking proces bewuste-keuzegesprek met nieuwe budgethouders' hanteert;</li> <li>- het verstrekken van een informatiemap aan alle verzekerden aan wie recent een PGB is toegekend;</li> <li>- website en folder over rechten en plichten van de budgethouder en de procedure: aanvraag, toekenning, vaststelling, uitbetaling, verantwoordingsvrij bedrag, eigen administratie, controle, terugbetaling, bezwaarmogelijkheden en klachten.</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft de PGB-houder op de website en in de folder gewezen op de mogelijkheid om te kiezen voor zorg in natura in plaats van PGB en omgekeerd.</p> <p>De concessiehouder heeft de PGB-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	2
A.2	<p><b>Norm:</b>                      De concessiehouder geeft in de beschikking en/of de toelichtende brief aan de budgethouder duidelijk aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de omvang van het jaarbudget; en de vermindering in verband met de eigen bijdrage;</li> <li>- indien de indicatie gedurende het jaar afloopt: ook de omvang van het budget naar rato;</li> <li>- hoe het budget is opgebouwd;</li> <li>- de voorschotperioden met uitbetalingsdata.</li> </ul>	0,5	0,5
A.3	<p><b>Norm:</b>                      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

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.4	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder verzendt de verantwoordingsformulieren uiterlijk één week voor afloop van de verantwoordingsperiode aan de betreffende budgethouders.</p>	0,5	0,5
A.5	<p><b>Norm:</b> De aan de budgethouder toegezonden verantwoordingsformulieren worden vergezeld van een brief. Deze brieven moeten cliëntvriendelijk geschreven zijn en de budgethouders ondersteunen bij het invullen van verantwoordingsformulieren.</p> <p>De brief is opgesteld volgens normen van eenvoudige taal (op B1 niveau). In de brief is een telefoonnummer (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	0,2
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het aanpassen van de begeleidende brief waarbij de juiste inlevertermijn voor indiening van verantwoordingsinformatie wordt genoemd. De inlevertermijn van de verantwoordingsinformatie moet zes weken zijn in plaats van de genoemde zeven weken.</p>		
A.6	<p><b>Norm:</b> 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	0,5
A.7	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft de budgethouders in meer dan 95% van de gevallen binnen zes weken na ontvangst van het volledig ingevulde verantwoordingsformulier geïnformeerd over de uitkomst van de globale controle.</p>	1	1
A.8	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder informeert de budgethouder uiterlijk twee maanden voor het verstrijken van de indicatieperiode over de afloop van de geldigheidsduur van het indicatiebesluit en de wijze waarop verlenging van het indicatiebesluit kan worden aangevraagd.</p>	0,5	0,5
A.9	<p><b>Norm:</b> 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).</p>	0,25	0
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het vermelden in de brieven die bij het verantwoordingsformulier over het tweede half jaar zijn verzonden van de mogelijkheid om het verantwoordingsformulier in te dienen via de website van de Sociale Verzekeringsbank.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
<b>B.</b>	<b>Faciliteren van budgethouders bij verzilveren recht op zorg</b>		
B.1	<b>Norm:</b> 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	0,4
	<b>Bevinding:</b> Het gemiddeld aantal kalenderdagen tussen de ontvangst van de aanvraag / de indicatie PGB en toekenning van het PGB-budget bedraagt in 2013 voor: - Zorgkantoor Amsterdam: 73 dagen; - Zorgkantoor Apeldoorn / Zutphen en omstreken: 57 dagen; - Zorgkantoor 't Gooi: 43 dagen; - Zorgkantoor Utrecht: 50 dagen.		
	<b>Verbeterpunt:</b> Het toekennen van het PGB-budget binnen 28 dagen nadat de aanvraag is ontvangen.		
B.2	<b>Norm:</b> 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	0
	<b>Bevinding:</b> Het percentage PGB-beschikkingen dat binnen tien weken na ontvangst van de aanvraag / de indicatie is afgegeven bedraagt in 2013 voor: - Zorgkantoor Amsterdam: 70,6%; - Zorgkantoor Apeldoorn / Zutphen en omstreken: 80,7%; - Zorgkantoor 't Gooi: 85,1%; - Zorgkantoor Utrecht: 82,4%.		
	<b>Verbeterpunt:</b> Het zodanig aanpassen van de processen zodat binnen tien weken de toekenningsbeschikking wordt verstrekt. Het percentage aanvragen waarbij deze norm wordt overschreden mag hoogstens 5% zijn.		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>6,1</b>

Bron: NZa

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

### 2.3.2 Aanwijzing Persoonsgebonden budget

De concessiehouder heeft het proces Persoonsgebonden budget over 2012 op onvoldoende wijze uitgevoerd. De concessiehouder 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 de concessiehouder uiterlijk 1 oktober 2014 de uitvoering van proces Persoonsgebonden budget op een voldoende niveau moet hebben gebracht.

Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder het proces Persoonsgebonden budget in 2013 op voldoende wijze heeft uitgevoerd en zodoende aan de aanwijzing heeft voldaan.

## **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
<b>A.</b>	<b>Informatieverstrekking over mogelijkheid indienen van een klacht</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder stelt juiste, heldere en toegankelijke informatie beschikbaar via de website en via een folder over de mogelijkheid van het indienen van een klacht.</p>	0,25	0,25
<b>B.</b>	<b>Organisatie</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt over een actuele procedurebeschrijving of werkinstructie voor klachtenbehandeling. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van bij klachtenbehandeling betrokken medewerkers moeten hierin helder zijn beschreven.</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
<b>C.</b>	<b>Uitvoering klachtenbehandeling</b>		
C.1	<p><b>Norm:</b> 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	1
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het in alle gevallen sturen van een schriftelijke ontvangstbevestiging. In een enkel geval is geen schriftelijke bevestiging gestuurd.</p>		
C.2	<p><b>Norm:</b> 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	2,75
C.3	<p><b>Norm:</b> Uit brieven of e-mails aan de klager blijkt dat de concessiehouder de klager in de gelegenheid heeft gesteld te worden gehoord. Van het horen is een verslag gemaakt.</p>	1,25	1
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het altijd aantoonbaar de klager in de gelegenheid stellen te worden gehoord. In een enkel geval is dit niet schriftelijk gebeurd.</p>		



Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
C.4	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in de schriftelijke reactie op de klachten de bevindingen van het onderzoek naar de klacht, een gemotiveerd oordeel en een eventuele conclusie opgenomen. Bij de conclusie moet de concessiehouder in ieder geval aangeven of de klacht gegrond of ongegrond is verklaard.</p> <p>De concessiehouder gaat in de schriftelijke reacties in op alle elementen van de klacht, ook op de door de klager genoemde bedragen. Hij stelt de beleving van de klager centraal.</p> <p>Uit de klachtendossiers blijkt dat de concessiehouder zich heeft ingespannen om, indien van toepassing, het probleem van de klager te helpen lossen.</p>	1	0,5
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het ook schriftelijk afdoen van de schriftelijk ontvangen klachten.</li> <li>- Het beter uitwerken van de brieven als het gaat om klachten over de kwaliteit van zorg zodat de bevindingen, oordeel en conclusie tot uitdrukking komen, alle elementen van de klacht worden genoemd en de beleving van de klager centraal staat.</li> </ul>		
C.5	<p><b>Norm:</b> In de schriftelijke reactie op de klacht heeft de concessiehouder vermeld dat de klager de mogelijkheid heeft om bij de Nationale ombudsman een verzoekschrift in te dienen. Daarbij is aangegeven binnen welke termijn dit moet gebeuren.</p>	1	1
C.6	<p><b>Norm:</b> 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 zonodig contact opneemt met de zorgaanbieder.</p>	0,75	0,75
C.7	<p><b>Norm:</b> Uit klachtendossiers en procedurebeschrijvingen blijkt dat de concessiehouder in ieder geval bij complexe en urgente klachten gedurende het onderzoek contact heeft gehad met de klager.</p>	0,5	0,5
<b>D.</b>	<b>Verbetermanagement klachten</b>		
	<p><b>Norm:</b> In de managementrapportages wordt informatie verstrekt over klachten. De rapportages zijn betrouwbaar. In de rapportages is informatie opgenomen over: aantal klachten, aard en analyse van de klachten en (verbeter)voorstellen.</p> <p>De concessiehouder heeft naar aanleiding van ontvangen klachten (aantoonbaar) concrete verbeteracties uitgevoerd.</p>	1	1
	<p><b>Aandachtspunt:</b> Het alert zijn op klachten die een bijdrage kunnen leveren aan verbeteringen in het primaire proces.</p>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>9</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Klachtenbehandeling goed uitgevoerd. De NZa adviseert de concessiehouder bovenstaande verbeterpunten door te voeren.

## 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 159 klachten ontvangen. Deze kunnen als volgt worden onderverdeeld:

**Tabel 9. Verdeling klachten 2013**

Aard van de klacht	Aantal
Functioneren zorgaanbieders	28
Bejegening door personeel zorgkantoren	43
Bereikbaarheid zorgkantoren (inclusief telefonische bereikbaarheid).	37
Overige	51
Totaal	159

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
<b>A.</b>	<b>Aandacht voor de positie van de cliëntenraad</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2013 aandacht voor de positie van de cliëntenraad en stelt vast:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- of de zorgaanbieder beschikt over een goed functionerende cliëntenraad; en bij twijfel:</li> <li>- of de cliëntenraad door de zorgaanbieder in 2013 geraadpleegd wordt bijvoorbeeld over kwaliteitscyclus, verbeterprojecten, informatie over aanvullende diensten;</li> <li>- of de zorgaanbieder met de cliëntenraad in 2013 overlegt over de werkwijze en algemene gang van zaken rond de invulling van het zorgplan.</li> </ul> <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	1,8
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het aantoonbaar maken dat de concessiehouder heeft gecontroleerd dat de cliëntenraad door de zorgaanbieder is geraadpleegd over de algemene gang van zaken rond de invulling van het zorgplan.</li> <li>- Het niet beperken van een voorlichtingsbijeenkomst voor cliëntenraden voor het gehele werkgebied. Het werkgebied van de concessiehouder is daarvoor veel te groot.</li> </ul>		
<b>B.</b>	<b>Elementen die in het contracteer- en inkoopbeleid van de concessiehouder minimaal moeten zijn opgenomen</b>		
	<p><b>Norm:</b> Het contracteer- en inkoopbeleid 2014 van de concessiehouder beschrijft tenminste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>	2	1,65
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het jaarlijks opstellen van een regiovisie met aandacht voor regionale ontwikkelingen onder andere als gevolg van overheidsbeleid.</p>		
<b>C.</b>	<b>De concessiehouder sluit overeenkomsten met toegelaten extramurale zorgaanbieders die voldoen aan de algemene geschiktheidseisen.</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in zijn contracteerbeleid 2014 duidelijk aangegeven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- welke voorwaarden niet (geheel) gelden of welke afwijkend worden toegepast bij nieuwe extramurale aanbieders;</li> <li>- welke voorwaarden en criteria hij specifiek stelt aan nieuwe extramurale aanbieders;</li> <li>- 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.</li> </ul>	2	1,75
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het expliciet in het inkoopbeleid aangeven dat de voorwaarden onverkort ook voor nieuwe zorgaanbieders gelden, met inachtneming van de in het inkoopbeleid hiervan uitgezonderde voorwaarden en eisen.</p>		
D.	<p><b>De concessiehouder ontwikkelt een transparant, non discriminatoir en toetsbaar contracteer- en inkoopbeleid waarin aanbieders op gelijke manier worden behandeld.</b></p>		
D.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt over documentatie waarin per zorgaanbieder/offerte is opgenomen de mate waarin deze voldoet aan de contracteervereisten voor het jaar 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	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het transparant opnemen in het inkoopbeleid van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de consequenties van het niet realiseren van verbeterafspraken;</li> <li>- de verdeling van de extramurale groei;</li> <li>- de voorwaarden voor het in aanmerking komen voor de rol als organisator van beschikbaarheidszorg in een regio en voor de consultatie SOG.</li> </ul>		
D.2	<p><b>Norm:</b> 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><b>Norm:</b> 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	0,4
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het vereenvoudigen van het inkoopbeleid zodat zorgaanbieders bij het aangaan van de overeenkomst op de hoogte zijn van de voorwaarden, criteria en mogelijke consequenties.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
D.4	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder geeft in zijn contracteerbeleid 2014 duidelijk aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wat hij verstaat onder onderaanneming, en een nadere toelichting van de vormen van onderaanneming die hij als zodanig onderscheidt;</li> <li>- onder welke voorwaarden eventuele capaciteitsmutaties leiden tot productieafspraken;</li> <li>- 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;</li> <li>- de wijzigingen in het contracteerbeleid 2014 ten opzichte van het contracteerbeleid 2013.</li> </ul>	1	0,9
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het in het contracteerbeleid benoemen van de vormen van onderaanneming, die de concessiehouder als zodanig onderscheidt.</p>		
D.5	<p><b>Norm:</b> 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.</p> <p>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.</p>	1	0
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder zich houdt aan de leveringsvoorwaarden betreffende het ontruimen van de leefruimte na overlijden.</li> <li>- Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder in zijn publieksvoorlichting duidelijk is over zijn ontruimingsbeleid bij overlijden.</li> </ul>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>7,5</b>

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 prestatie-meting, 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 en 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*

Maatschappelijke opvang was al een traject waarbij heel intensief werd samengewerkt. Op dit terrein is er weinig veranderd. Een andere manier van structureren heeft ervoor gezorgd dat met minder gemeenten op ambtelijk en bestuurlijk niveau moet worden overlegd. Er is nu, op initiatief van de gemeenten, aangesloten bij de (41) Wmo-regio's. Gemeenten worden geacht in deze regio's samen te werken. De concessiehouder is er nog niet van overtuigd dat deze samenwerking probleemloos verloopt. De discussie met gemeenten is wel op gang gekomen.

De concessiehouder ervaart dat de aankomende transitie de nood tot samenwerking op het gebied van dementiezorg verder heeft versterkt en dat dementiezorg veel meer onder de aandacht is bij gemeenten. Het beeld in de regio's is echter wisselend. De indruk is in sommige regio's zeker dat de lijnen met de gemeente verder zijn aangehaald, soms ook mede op ons dringend advies van het zorgkantoor. Ook blijken in sommige gemeenten, meer mogelijkheden te zijn dan in andere. In andere regio's is echter geen verbetering waar te nemen, en lijken gemeenten ondanks pogingen vanuit het netwerk, terughoudend. Daar waar er sprake is van een convenant met de gemeente, ligt dit vaak wat anders (Rotterdam, Amsterdam) en treedt de gemeente wat meer naar voren.

Gemeenten bereiden zich voor op inkoop van Jeugdzorg en Begeleiding van verschillende doelgroepen en maken in dat kader vaker gebruik van de inkoopinformatie van zorgkantoren (inkoopbeleid, overeenkomsten, inkoopgegevens, relaties, contactgegevens, et cetera). Naast het beschikbaar stellen van geanonimiseerde klantinformatie aan gemeenten via de websites van de concessiehouder wordt via het Transitieteam van Achmea ook veel en veel vaker maatwerk geleverd aan gemeenten.

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

De concessiehouder is doorlopend in gesprek met zorgaanbieders om de vinger aan de pols te houden. Als er sprake is van mogelijke sluiting informeren zorgaanbieders de concessiehouder daarover en verifieert de concessiehouder of zij zorgvuldig omgaan met de belangen van de klant. De concessiehouder bepaalt uiteindelijk niet wat er moet sluiten en wat niet, dat is aan de zorgaanbieder zelf. De concessiehouder kan wel besluiten ergens niet in te kopen. De sturing is dan mogelijk via de inkoop.

Er zijn wel signalen van sluitingen, maar niet op het onderdeel van verschraving van zorg. In de sector Verpleging & Verzorging heeft de concessiehouder wel een beperkt aantal signalen over gedwongen overplaatsing bereikt. De concessiehouder constateert dat zorgaanbieders (in goed overleg met de bewonerscliënten) de mogelijkheden verkennen om naar scheiden-wonen-zorg oplossingen te kijken. In de sector Gehandicaptenzorg zijn niet zoveel 'echte' gezinsvervangende tehuizen meer, meestal is daar de doelgroep ook al zwaarder geworden. Er zal uiteraard sprake zijn van gefaseerde leegstand, maar hoe snel dat gaat is moeilijk te voorspellen. Vooral in de Gehandicaptenzorg is de verblijfsduur zeer lang, waardoor het moeilijk is te voorspellen wat de uitstroom gaat doen en of de overblijvende instroom kleiner zal zijn dan die uitstroom.

Uitplaatsing heeft soms plaatsgevonden naar vooral het Volledig Pakket Thuis, maar het is de vraag of daarbij altijd verhuisd is. Overplaatsing zal uiteindelijk echter onvermijdelijk zijn.

*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.

In het algemeen sluit de zorg in natura aan bij de klantvraag. In deze gevallen gaat het meer over de vertrouwensrelatie die met de zorgverlener bestaat. Dit geldt vooral bij mensen met een psychiatrische aandoening. Als de bestaande 'vertrouwde' zorgverlener mag aanblijven, dan wordt er een betaalovereenkomst gesloten en geen volwaardige AWBZ-overeenkomst. Het gaat om mensen met PGB die al zorg hebben en PGB die afloopt. Door de maatregel van VWS worden deze mensen geraakt. Voor het grootste deel lukt het om deze mensen zorg in natura te geven (schatting 98%). In slechts een enkel geval lukt dat niet, de media concentreert zich vooral op deze gevallen.

## **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
<b>A.</b>	<b>Het maken van afspraken binnen de financiële contracteerruimte</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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 de beschikingsafspraken 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>B.</b>	<b>Het gunnen van een deel van de extramurale productie op basis van relatieve prestaties</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder hanteert voor extramurale V&amp;V zorg initiële productieafspraken 2014 in de ronde van 1 november 2013: - &lt;= 80% van de afspraken / het budget 2012, OF - &lt;= 90% doch &gt; 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 &lt; = 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	1,25
	<p><b>Toelichting:</b> De concessiehouder geeft in het inkoopdocument VVT niet aan dat voor extramurale V&amp;V een percentage van het voorgaande jaar wordt genomen. In verband met de wijzigingen in de AWBZ is dit echter geen verbeterpunt meer voor toekomstige jaren.</p>		
<b>C.</b>	<b>Doelmatig inkopen van intramurale en extramurale zorg</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder spant zich in het inkoopbeleid 2014 in om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zorgaanbieders via het te contracteren volume of de prijs te stimuleren tot verbeteringen, bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> <li>- van hun prijs/kwaliteit verhouding;</li> <li>- van hun processen;</li> <li>- in de omvang van hun overhead;</li> <li>- 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.</li> </ul> </li> <li>- Niet-planbare zorg als lokaal maatwerk passend en in overeenstemming met de regelgeving te vergoeden.</li> </ul>	2,5	1,5
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het systematisch uitwerken van de instrumenten die de concessiehouder wil inzetten om doelmatige zorgverlening te bevorderen.</li> <li>- Het actiever sturen op gepast gebruik.</li> </ul>		



D.	Het bewaken van de zorgvraag of – behoefte		
	<p><b>Norm:</b> 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	0,3
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het opnemen in het inkoopbeleid van de grenzen van een acceptabele onderproductie.</li> <li>– Het ervoor zorgdragen dat de onderproductie op de beschikingsafpraak wordt teruggedrongen.</li> </ul>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>5,55</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft voldoende uitvoering gegeven aan aspecten die verband houden met doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte. De concessiehouder moet bovengenoemde verbeterpunten doorvoeren.

### 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?*

De concessiehouder verstaat onder doelmatige zorgaanbieders, aanbieders die zorg van goede kwaliteit leveren (bij gelijke prijzen). Doelmatigheid is onder andere ook goed scoren binnen de bandbreedte.

*Zicht op zorgaanbieders die het meest doelmatig zorg leveren?*

De concessiehouder baseert zich hierbij op onder andere de doelmatigheidsbepalingen in de overeenkomst. Het gevoel van kwaliteit is volgens de concessiehouder echter iets anders dan de bewezen kwaliteit.

*Doelmatige zorglevering binnen het zorginkoopbeleid?*

De concessiehouder maakt een raming van de regionale zorgbehoefte op basis van productie uit jaar t-1. Het zorginkoopbeleid wordt daarop aangepast.

De wijze waarop de concessiehouder in de zorginkoop consequenties verbindt aan doelmatigheid is bijvoorbeeld door in de zorgaanbieders in de sector Verpleging en Verzorging met goede CQ-scores meer volume te geven. Intensieve kindzorg is in een apart kavel over alle regio's heen ingekocht. Onplanbare zorg is specifiek regionaal ingekocht bij aanbieders die hebben geprobeerd de 'onplanbare zorg' toch planbaar te maken en daarmee doelmatigheid en efficiency te verhogen.

In de sector Gehandicaptenzorg heeft de concessiehouder een productmix extramuraal gehanteerd in 2015, en zorgaanbieders verzocht mee te helpen door iets minder uren te gaan leveren voor persoonlijke verzorging en begeleiding om zodoende voorrang bij deerschikking te verdienen op deze zorgvormen.

*Bevorderen daadwerkelijk gebruik doelmatige zorg?*

De concessiehouder heeft maar beperkte invloed op de keuze van de cliënt, de meeste cliënten hebben immers al een voorkeursaanbieder aangegeven. Als de cliënt geen voorkeur heeft uitgesproken bij de gestelde indicatie adviseert de concessiehouder - via zorgtoewijzing/zorgbemiddeling - cliënt te kiezen op basis van kwaliteitsaspecten. Adviseren aan cliënten op basis van kwaliteit is ook het adviseren voor de beste doelmatigheid, omdat (in de V&V) dezelfde, vaste tarieven voor alle aanbieders gelden.

*Sturen op verbeteringen voor de toekomst?*

De concessiehouder geeft aan dat doelmatigheid in de toekomst heel erg afhankelijk is van het resultaat en de uitkomsten van zorg.

*Overige opmerkingen concessiehouder*

De concessiehouder is van mening dat het zorgplan geen verantwoordingsdocument moet worden, dat zou een verkeerde prikkel geven (om er zo min mogelijk vast te leggen). De terugkoppeling moet bij voorkeur op een zo natuurlijk mogelijk moment voor de klant plaatsvinden.

## 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>B.</b>	<b>Stimuleren van zorg in de eigen omgeving en zelfredzaamheid van cliënten</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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	1,5
	<b>TOTAAL</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>

Bron: NZa

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

### 2.8.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdeniveau 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 verzekerdeniveau voor zorg in natura.

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

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
<b>A.</b>	<b>Declaratieafspraken opnemen in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en concessiehouder</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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"> <li>- de declaratie van geleverde zorg per declaratieperiode op prestatieniveau;</li> <li>- de declaratie van geleverde zorg per declaratieperiode op cliëntniveau;</li> <li>- de indiening van de productiemonitor over alle afgesproken prestaties</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft in de overeenkomst voor 2013 afspraken opgenomen over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- declaratie op cliëntniveau in overeenstemming met het uniforme Declaratieprotocol AWBZ;</li> <li>- de bevoorschotting van de declaratie op prestatieniveau en niet cliëntgebonden kosten door de concessiehouder via betaalopdrachten aan het CAK.</li> <li>- de bevoorschotting van de declaratie op cliëntniveau door de concessiehouder via betaalopdrachten aan het CAK.</li> <li>- de aanpassing van de bevoorschotting per declaratieperiode.</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft in de overeenkomst voor 2013 afspraken opgenomen over de aanpassing van de tarieven en verrekening indien de stand van de productiemonitor en/of de declaraties op cliëntniveau hiertoe aanleiding geven en de hierbij gehanteerde criteria.</p>	0,5	0,2
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het in de overeenkomst voor het volgende contractjaar en/of in een begeleidend schrijven de bevoorschottingssystematiek toelichten, inclusief eventuele toe te passen wijzigingen in de loop van het jaar.</li> <li>- Het in de overeenkomst voor het volgende jaar voorzien in een maandelijks aan te passen voorschot dat volledig meebeweegt met de werkelijke productie AW319 t-3.</li> </ul>		
<b>B.</b>	<b>Realisatie declaratieafspraken intramurale en extramurale prestaties</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p><b>Norm:</b> 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"> <li>- volgt de tijdige indiening van de productiemonitor.</li> <li>- sanctioneert de zorgaanbieder die de productiemonitor niet tijdig indient.</li> </ul> <p>De declaratie van geleverde productie vindt voor een beperkt 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	4,5
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het monitoren van de juistheid van de AW319 gedurende het gehele jaar.</li> <li>- Het gedurende het gehele jaar inzetten van voldoende actie als juiste indiening achterwege blijft.</li> <li>- Het opstellen van een duidelijke managementrapportage waarin naast volledigheid ook kerngegevens zijn opgenomen over de tijdige indiening van de declaraties en over de juistheid, zodat het management tijdig kan bijsturen.</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft deze verbeterpunten in 2014 nog niet volledig gerealiseerd.</p>		
<b>C.</b>	<b>Bekostiging productie 2013</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
C.1	<p><b>Norm:</b> 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.</p> <p>En</p> <p>Bevoorschotting prestaties die niet op cliëntniveau gedeclareerd kunnen worden: De concessiehouder analyseerde in 2013 maandelijks bij de zorgaanbieder de verschillen tussen de productieafspraken en de gedeclareerde productie op prestatieniveau. Bij verschillen die vielen buiten de door de concessiehouder gehanteerde bandbreedte – maximaal 5% van de productieafspraken 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
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting in periode t zodat de werkelijke productie AW319 van t-3 volledig wordt gevolgd.</p>		
C.2	<p><b>Norm:</b> Alle in 2013 nieuw toegelaten extramurale zorgaanbieders worden uitbetaald op basis van de gedeclareerde productie.</p> <p>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.</p>	0,5	0,5
<b>D.</b>	<b>Afrekenen met zorgaanbieders</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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).</p> <p><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></p>	2	2
<b>E.</b>	<b>Informatieverstrekking in de keten</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft wijzigingsberichten van intramurale zorg per cliënt conform de afspraken in AZR binnen één werkdag na ontvangst van een MAZ (AW35) respectievelijk MUT bericht (AW39) van de zorgaanbieder doorgegeven aan het CAK.</p>	1	1
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>8,2</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura voldoende uitgevoerd. De concessiehouder heeft niet aan de randvoorwaarde voldaan voor een

score 'goed', omdat de bevoorschotting in maand t niet voor 100% is gebaseerd op de werkelijke productie AW319 van maand t-3. Cruciaal hierbij is dat het voorschot niet standaard elke maand wordt aangepast. De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren.

### **2.8.2 Informatieverzoek bevoorschotting zorgaanbieders**

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

Uit het onderzoek blijkt dat Agis Zorgverzekeringen N.V. nog niet geheel aan dit verbeterpunt voldoet. De bevoorschotting in maand t is niet voor 100% gebaseerd op de werkelijke productie AW319 van maand t-3. Agis Zorgverzekeringen N.V. hanteert hierbij nog een bepaalde marge. Als het verschil op jaarbasis tussen de werkelijke productie en de afgesproken productie minder is dan 5% en niet meer is dan € 200.000 wordt het voorschot nog niet aangepast. Ook in 2014 vindt maandelijks aanpassing nog niet standaard plaats.

### **2.8.3 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura**

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

Conform de Regeling Declaratievoorschriften AWBZ zorg CA 300-013 worden de ZZP's gedeclareerd op cliëntniveau, de mutatiedagen op prestatieniveau. De concessiehouder controleert op cliëntniveau wanneer de intramurale cliënt uit zorg gaat, en wanneer zijn opvolger in zorg gaat. Dat doet hij met behulp van de meldingen in AZR, die steeds op cliëntniveau gebeuren.

De concessiehouder zegt dat de controle op de mutatiedagen zich meer richt op de productieafspraken. Daar wordt het aantal af te spreken mutatiedagen dagen bezien in relatie tot het totaal aantal dagen. Daarnaast wordt ook altijd gelet op de uitkomst van het voorgaande jaar. Er wordt geen relatie gelegd met het aantal meldingen einde zorg. Verder is een controle op overlap van mutatiedagen en verpleegdagen per bed niet echt mogelijk. De gedeclareerde mutatiedag kan niet gelinkt worden aan een individuele plaats/bed. De concessiehouder is dus alleen (technisch) in staat dit op totaal per aanbieder te controleren. Ook worden mutatiedagen niet door materiële controle gedaan, dit wordt gezien als een controle op de afspraak en de realisatie.

De door de concessiehouder goedgekeurde declaraties op cliëntniveau zijn in principe de basis voor de in de nacalculatie verantwoorde productiecijfers. Eventuele verschillen tussen goedgekeurde declaraties en nacalculatorische productiecijfers zouden verklaard moeten kunnen worden.

De concessiehouder vult bij zijn proces "beoordelen nacalculaties" per aanbieder een vast format (afwikkelingsformulier) waarbij de

aangeleverde cijfers uit de nacalculatie, de productiemonitor en de AW319 naast elkaar worden gezet. Bovendien wordt dit vergeleken met de laatst gemaakte afspraak. De concessiehouder controleert op bedragen; bij te grote afwijkingen tussen de drie bronnen worden vragen aan de aanbieder gesteld over de oorzaak. Afhankelijk van de antwoorden wordt in overleg met de inkoper besloten hoe verder te handelen.

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

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
C.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een risicoanalyse voor het PGB/ die gericht is op het selecteren van verantwoordingsformulieren met onjuiste en onrechtmatige uitgaven;</li> <li>- 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.</li> </ul>	1	1
C.2	<p><b>Norm:</b> 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	2
C.3	<p><b>Norm:</b> 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
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het effectief invulling geven aan de uitvoering van bestandsanalyses. De concessiehouder hanteert de bestandsanalyse uitsluitend voor screeningsactiviteiten en zet de bestandsanalyse niet in om volgens het controleplan PGB, periodiek de gehele populatie te controleren.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
C.4	<p><b>Norm:</b> 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"> <li>- er is sprake van getekende zorgovereenkomsten;</li> <li>- er is sprake van zorglevering binnen het AWBZ-domein;</li> <li>- er is geen sprake van overschrijding van de maximumtarieven;</li> <li>- er is uitsluitend sprake geweest van girale betalingen;</li> <li>- er is geen sprake van surseance, faillissement of schuldsanering (WSNP);</li> <li>- kosten van vervoer betrekking hebben op vervoer van en naar de dagbesteding;</li> <li>- als ook een verantwoordingsformulier onderdeel uitmaakt van het administratieve vooronderzoek wordt bovendien vastgesteld dat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de verantwoording is in overeenstemming met de onderliggende declaraties, facturen, loonstroken, overeenkomsten en bankafschriften opgesteld;</li> <li>- de opgenomen bedragen tellen op tot het totaal gedeclareerde bedrag.</li> </ul> </li> </ul> <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 foutenevaluatie en het verbinden van consequenties daaraan vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	3	3
C.5	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder moet in overeenstemming met artikel 2.6.9a van de Regeling Subsidies AWBZ 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- signaleren dat een PGB per kalenderjaar maximaal 13 weken buiten het Europese deel van Nederland wordt gebruikt voor betaling van zorg;</li> <li>- bewaken dat een PGB in het buitenland van langer dan 6 weken aan het zorgkantoor wordt gemeld (in verband met toepassing van de aanvaardbaarheidspercentage);</li> <li>- 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;</li> <li>- onrechtmatige bestedingen in het buitenland terugvorderen.</li> </ul>	0,5	0,5
<b>D.</b>	<b>Tijdige indiening afrekening bij het Zorginstituut Nederland</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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
<b>E.</b>	<b>Informatieverstrekking in de keten</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
E.1	<b>Norm:</b> 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	<b>Norm:</b> 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
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>9,5</b>

Bron: NZa

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

### 2.9.2 Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB

Ultimo 2012 bedroegen de vorderingen op budgethouders PGB € 37.126.000. Agis Zorgverzekeringen N.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 Agis Zorgverzekeringen N.V. aan deze informatie verplichting heeft voldaan.

Per 31 december 2013 bedraagt het saldo openstaande vorderingen op budgethouders PGB € 37.126.000. Per 31 december 2012 bedroeg het saldo € 27.346.000. Dit is een stijging van € 9.780.000 (35,8%). Het percentage openstaande vorderingen ten opzichte van de totale kosten subsidies PGB in 2013 bedraagt 9,8 % (in 2012: 7,0%). Van deze vorderingen is 57% ouder dan één jaar, 14% is tussen zes en twaalf maanden oud en 29% is maximaal een half jaar geleden ontstaan.

### 2.9.3 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdsniveau voor PGB

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdsniveau 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 bevinding uit dit onderzoek is:

### *Kostenmutatie PGB*

De kosten subsidieregelingen PGB-AWBZ zijn in 2013 inclusief verrekening oude jaren € 321.613.000 (2012: € 349.791.000). Dit is een kostendaling van 8,1% (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
<b>A.</b>	<b>Vastleggen in overeenkomsten</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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"> <li>- als de continuïteit van zorg in gevaar kan komen;</li> <li>- bij het voornemen tot fusie/samenwerking;</li> <li>- over uitbesteding van zorg aan andere zorgaanbieders of zelfstandigen zonder personeel).</li> </ul>	0,25	0,25
<b>B.</b>	<b>Uitvoering monitoring continuïteit zorgverlening</b>		
B.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder vult het EWS met kengetallen op basis van de jaarrekeningen van alle gecontracteerde zorgaanbieders.</p> <p>De concessiehouder analyseert deze kengetallen, door gebruik te maken van een beslisboom of een gelijkwaardig analysemodel. De analyse van deze kengetallen is zichtbaar vastgelegd en is gericht op het onderkennen van risico's op mogelijke discontinuïteit van zorg (bijvoorbeeld groen, oranje, rood).</p> <p>De concessiehouder heeft op basis van de uitkomsten van het EWS (bijvoorbeeld) in 2013 aantoonbaar vervolgacties ondernomen. Bijvoorbeeld het maandelijks opvragen van financiële en andere informatie bij de zorgaanbieder dan wel het aantoonbaar voeren van periodieke gesprekken met de Raad van Bestuur van de zorgaanbieder met het doel de continuïteit van zorgverlening te bewaken.</p>	2	1,75
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het beter aantoonbaar controleren op invoerfouten in het gehanteerde model.</p>		
B.2	<p><b>Norm:</b> 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"> <li>- de productie realisatiecijfers;</li> <li>- de financiële positie;</li> <li>- (bouw)investeringen en financiering;</li> <li>- de vastgoedpositie (ook door de introductie van integrale tarieven en de afschaffing van nacalculatie op de afschrijvingen en rente);</li> <li>- de stand van zaken rondom cliëntgerichte declaratie voor intramurale- en voor extramurale zorg;</li> <li>- andere risico's die een rol spelen bij de zorgaanbieder (bijvoorbeeld als gevolg van kabinetsplannen).</li> </ul>	1	1

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
B.3	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- heeft op basis van een standaard draaiboek (stappenplan) in 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.</li> <li>- treedt bij gecontracteerde zorgaanbieders waar de continuïteit van zorg in gevaar is en die deel uitmaken van een concern, aantoonbaar in overleg met andere concessiehouders (zorgkantoren) die aanbieders van het concern hebben gecontracteerd om de continuïteit van zorg te bewaken.</li> <li>- De concessiehouder heeft in het standaard draaiboek (stappenplan) specifieke aandacht besteed aan het opstellen van een 'plan B'. 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.</li> </ul> <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	2
B.4	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft concrete afspraken gemaakt met zorgaanbieders die zorg uitbesteden dat de (door het zorgkantoor gecontracteerde) zorgaanbieder: toeziet op de kwaliteit van de geleverde zorg door de onderaannemers; toeziet op de doelmatige en rechtmatige besteding van de AWBZ-gelden.</p> <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
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het volgen van de afspraken van zorg bij onderaanneming bijvoorbeeld door gericht materiële controle uit te voeren bij onderaanneming en het standaard meenemen van het onderdeel onderaanneming bij het periodieke overleg.</p>		
B.5	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft zich alvorens zich bij de NZa te beroepen op overmacht:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- bij andere zorgaanbieders de mogelijkheden onderzocht voor ondersteuning bij het invullen van de zorgplicht;</li> <li>- alle mogelijkheden heeft onderzocht om te voorzien in de zorg.</li> </ul> <p>De concessiehouder gebruikt voor de melding van overmacht een formulier dat beschikbaar is op de website van de NZa.</p> </p>	0,25	0,25
C.	<b>Anticiperen op nieuwe ontwikkelingen</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
	<p><b>Norm:</b> 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	1
<b>D.</b>	<b>Betrokkenheid management</b>		
	<p><b>Norm:</b> Het management van de concessiehouder wordt direct geïnformeerd als er signalen zijn dat de continuïteit van zorg bij een gecontracteerde aanbieder in gevaar dreigt te komen. Het management beoordeelt of het standaard draaiboek adequaat is uitgevoerd. Het management is daarnaast direct betrokken bij de vervolgstappen die worden ondernomen om de continuïteit van zorg te garanderen (bijvoorbeeld inkopen van een gedeelte van de zorg bij andere aanbieders).</p>	1,75	1,25
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het over elk kwartaal opstellen van een duidelijke overall rapportage.</p>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>8,5</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening goed uitgevoerd. De NZa adviseert de concessiehouder bovenstaande verbeterpunten door te voeren.

### 2.10.2 Verdiepende vragen onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toespitst 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 de 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 geeft aan dat er een algemene visie ontwikkeld is over de mogelijke consequenties van de Wlz voor de continuïteit van zorg, aan welke regionaal invulling wordt gegeven. Deze visie verwerkt de



concessiehouder in de in ontwikkeling zijnde regioplannen. Continuïteit van zorgaanbieder is geen doel op zich, wel wil de concessiehouder zoveel mogelijk onnodige verhuisbewegingen van cliënten voorkomen. De concessiehouder zoekt naar een optimale spreiding van Wlz zorg. De monitoring van zorgaanbieders gebeurt via het EWS.

#### *Inzicht capaciteitsreductie*

De (in ontwikkeling zijnde) regioplannen zijn de basis voor de gesprekken met het veld en moeten passen binnen de benodigde intramurale zorg en het beschikbare financiële kader. Grote onzekerheid is het effect van verscherpte indicatiestelling. Zodra er meer duidelijkheid komt over de impact van de aangepaste indicatiestelling, zal de concessiehouder dit effect meenemen in de uitrol van de regioplannen.

#### *Diversiteit en de spreiding van het aanbod*

De concessiehouder beoordeelt op basis van de kennis van de (regionale) inkopers of de diversiteit en de spreiding van het aanbod toereikend zijn.

De concessiehouder monitort de aanbieders via het EWS systeem waarin de financiële cijfers gecombineerd worden met indicatie- en declaratiecijfers en de kennis van de zorgaanbieders.

#### *Inzicht in de continuïteit van de zorgaanbieder*

De concessiehouder geeft aan inzicht te hebben in de (financiële) positie van de zorgaanbieders door het EWS-systeem, echter het bepalen van het effect van de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) is lastig in te schatten. Er wordt gewerkt aan een uitbreiding / verbetering van het monitoringssysteem om het risicoprofiel van zoveel mogelijk zorgaanbieders in beeld te hebben.

In principe krijgen alle zorgaanbieders te maken met de afwaardering van vastgoed, meer specifiek betreft dit de zorgaanbieders die gebouwen in eigendom hebben welke nog niet aan het einde van hun levenscyclus zijn. De concessiehouder heeft doorlopend gesprekken met de zorgaanbieders over mogelijke oplossingen in de vorm van alternatieve aanwendingsmogelijkheden (verkoop, verbouwen, verhuur) of sloop.

#### *Rol banken en woningbouwcoöperaties*

Het beleid van de financiers van de zorgaanbieders (banken) en woningbouwcoöperaties komt ter sprake tijdens de gesprekken met zorgaanbieders. Het beleid van banken/financiers is niet altijd onderwerp van gesprek, maar komt ad hoc, indien nodig, ter sprake.

#### *Inzicht in continuïteit van zorg voor individuele cliënt*

Op basis van de huidige informatie heeft de concessiehouder inzicht in welke locaties gesloten moeten worden en hoeveel cliënten hierdoor gedwongen moeten verhuizen. Dit is echter ook afhankelijk van toekomstige ontwikkelingen. De concessiehouder heeft geen zicht op de omvang van het aantal betrokken cliënten.

De concessiehouder stelt als voorwaarde aan geplande gedwongen verhuizing dat hierover heldere en tijdige communicatie met bewoners en familie moet plaatsvinden. Bovendien moet hierbij de nodige zorgvuldigheid in acht worden genomen.

Welke locaties gesloten moeten worden, is volgens de concessiehouder aan de zorgaanbieder. Echter in het geval dat de zorgaanbieder wil kiezen voor het sluiten van een kwalitatief goede locatie en een kwalitatief slechte locatie wil openhouden, gaat de concessiehouder niet zonder meer akkoord. Door gedifferentieerde inkoop toe te passen op basis van de

regioplannen, wordt sluiting van locaties steeds relevanter en zal het gesprek met de zorgaanbieder hierover intensiveren.

De concessiehouder geeft met betrekking tot informatie-eisen naar de cliënten toe, in het geval van geplande verhuizing aan, dat de concessiehouder op de hoogte moet worden gehouden van de communicatie met de cliënt bij geplande verhuizing. Als daartoe aanleiding is stuurt de concessiehouder bij. In de overeenkomst zijn diverse artikelen opgenomen waarin naar voren komt dat de zorgaanbieder een continuïteitsplicht heeft richting de cliënt, de cliëntenraad moet betrekken bij de besluitvorming en de concessiehouder en cliënt moet voorzien van relevante informatie die samenhangt met zorgaanbod en –uitvoering.

De zorgaanbieders moeten zich houden aan de artikelen uit de overeenkomst, ook als het gaat om geplande verhuizing.

Indien de concessiehouder signalen ontvangt van cliënten dat de zorgaanbieder zich niet aan de overeenkomst houdt, dan wordt dit opgenomen met de betreffende zorgaanbieder. Het gehele traject maakt onderdeel uit van relatiemanagement. Incidenteel zijn er gesprekken met individuele cliënten (en/of zijn/haar vertegenwoordiger) over hoe te komen tot een goede oplossing.

## **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	Gerealiseerde score
<b>A.</b>	<b>Organisatie</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft de materiële controle belegd bij een zelfstandige unit/afdeling/projectorganisatie waarbij sprake is van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controleteams met voldoende medische deskundigheid. Voldoende medische deskundigheid houdt in dat een BIG-geregistreerde medewerker wordt betrokken bij de opzet, uitvoering en evaluatie van materiële controle en dat de detailcontroles uit de materiële controles onder supervisie van een medisch adviseur plaatsvinden.</li> <li>- Controleteams waarin voldoende functiescheiding aanwezig is tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles bij zorgaanbieders. Dit houdt in dat zorginkopers niet de controles uitvoeren bij de zorgaanbieders waarvoor zij de zorginkoop verzorgen of dat zij zelfstandig de vervolgacties naar aanleiding van uitkomsten van materiële controles bepalen.</li> <li>- Betrokkenheid van de coördinator fraudebestrijding bij tenminste de opzet (risicoanalyse) en de evaluatie van de controleresultaten.</li> </ul>	1	1
	<p><b>Aandachtspunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het structureel uitbreiden van de benodigde capaciteit en deskundigheid zodat de concessiehouder in voldoende mate materiële controles kan uitvoeren. In 2013 is er sprake geweest van een niet structurele uitbreiding. Door de concessiehouder is aangegeven dat begin 2014 de uitbreiding structureel is geworden.</li> <li>- Het structureel gedurende het gehele verslagjaar betrekken van de coördinator fraudebestrijding bij het proces van materiële controles. Als gevolg van het later in het jaar opvolgen van de verbeterpunten is er niet gedurende geheel 2013 sprake geweest van de betrokkenheid van een coördinator fraudebestrijding. De concessiehouder heeft aangegeven dat in 2014 de coördinator fraudebestrijding structureel gedurende het gehele jaar betrokken is geweest.</li> </ul>		
<b>B.</b>	<b>Aanpak</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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 verzekerden en zorgaanbieders.</p> <p>De concessiehouder heeft in de controleplannen vastgelegd op welke wijze is omgegaan met procedurele waarborgen, waaronder bepalingen inzake bescherming persoonsgegevens.</p> <p>De concessiehouder heeft 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	0,5

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het tijdig vaststellen en openbaar maken van het algemeen controleplan (voorafgaande aan het betreffende controlejaar).</li> <li>– Het aantoonbaarder vastleggen van een aantal stappen in het proces materiële controle en welke afwegingen hierbij in welke fase van het proces gemaakt moeten worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>– het aantoonbaar vastleggen hoe de afweging gemaakt moet worden of uitkomsten aanleiding geven tot bijstelling van het controleplan of het verrichten van aanvullende werkzaamheden;</li> <li>– het aantoonbaar vastleggen hoe omgegaan moet worden met onzekerheden;</li> <li>– het aantoonbaar vastleggen wanneer terugvordering en/of vervolgstappen noodzakelijk zijn.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Aandachtspunt:</b></p> <p>Het explicieter betrekken in het controledoel of de geleverde zorg voor de verzekerde gelet op het indicatiebesluit passend is en in overeenstemming is met het zorgplan.</p> <p>De NZa merkt op dat de concessiehouder voor enkele punten in 2014 al stappen heeft ondernomen om deze verbeterpunten te realiseren.</p>		
<b>C.</b>	<b>Uitvoering materiële controles</b>		
C.1	<p><b>Norm:</b></p> <p>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

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het verbeteren van het proces van materiële controle, onder andere door het opvolgen van de intern geconstateerde verbeteracties naar aanleiding van de interne review van de risicoanalyse MC AWBZ 2013. Het proces voldoet in 2013 in opzet, bestaan en werking zijn echter nog onvoldoende in 2013. Volgens het oordeel van Internal Audit en de externe accountant zijn er in 2014 voldoende compenserende maatregelen getroffen, met als gevolg dat de uitgevoerde werkzaamheden voldoende zijn voor de financiële verantwoording AWBZ 2013.</li> <li>– Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die is gemaakt om te bepalen welke controlemiddelen voor de verschillende gedefinieerde categorieën zorgaanbieders worden ingezet (ook in het kader van proportionaliteit en subsidiariteit).</li> </ul>		
C.2	<p><b>Norm:</b> 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 toezichhouders mogelijk is.</p>	3	1,5
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het terugvorderen bij zorgaanbieders van onrechtmatige schaden uit eerdere verslagjaren indien er onrechtmatigheden naar voren komen uit eerdere verslagjaren bij het uitvoeren van materiële controles over het huidige verslagjaar.</li> <li>– Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die gemaakt wordt bij de analyse van de uitkomsten van de materiële controles en wat dit betekent voor de controleaanpak / risicoanalyse.</li> <li>– Het corrigeren van alle financiële fouten in de financiële verantwoording (inclusief voorgaande jaren).</li> </ul>		
<b>D.</b>	<b>Managementsturing en –informatie</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>6</b>

Bron: NZa

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

### **2.11.2 Aanwijzing Materiële controle**

De concessiehouder heeft het proces Materiële controle over 2012 op onvoldoende wijze uitgevoerd. De concessiehouder 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 de concessiehouder uiterlijk 1 oktober 2014 de uitvoering van proces Materiële controle minimaal op een voldoende niveau moet hebben gebracht.

Uit het onderzoek blijkt dat Agis Zorgverzekeringen N.V. de uitvoering van het proces Materiële controle op een voldoende niveau heeft gebracht en dat zodoende is voldaan aan de aanwijzing.

## **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
<b>A.</b>	<b>Organisatie</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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&amp;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	1,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het afronden van het op peil brengen van de personele bezetting.</p>		
<b>B.</b>	<b>Aanpak</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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 &amp; Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap en het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële instellingen.</p> <p>De concessiehouder heeft in het plan van aanpak opgenomen op welke wijze invulling wordt gegeven aan het Convenant aanpak verzekeringsfraude.</p> <p>Het plan van aanpak bevat een transparante risicoanalyse gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ.</p> <p>De risico's zijn vertaald naar onderzoeken op risico's en een planning voor de onderzoeken.</p> <p>Uit het plan van aanpak blijkt dat de concessiehouder invulling geeft aan wat is bepaald in artikel 7.10 van de Regeling zorgverzekering.</p>	1	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het afronden van risicoanalyses voor zorg in natura (instellen controleplatform ZIN), het opnemen hiervan in het plan van aanpak en dit plan tot uitvoering brengen.</p>		
<b>C.</b>	<b>Uitvoering onderzoeken gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
C.1	<p><b>Norm:</b> 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 <b>intern</b> misbruik en oneigenlijk gebruik.</p>	1,5	0,75
	<p><b>Verbeterpunten:</b> Het afronden van het in gang gezette verbeteringsproces voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het inventariseren van de risico's voor interne fraude en het hiervan opnemen in het plan van aanpak.</li> <li>- Het daadwerkelijk uitvoeren van bestandsvergelijkingen/ datamining.</li> <li>- Het bevorderen van het integriteitsbewustzijn en het uitvoeren van het awarenessprogramma voor medewerkers van het zorgkantoor.</li> <li>- Het beter toegankelijk maken van de website voor het melden van mogelijke fraude.</li> </ul>		
C.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2013 bij alle vermoedens van misbruik en oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld.</p>	1	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het verbeteren van de samenwerking tussen de fraudecoördinator en de uitvoerende afdeling speciale zaken.</p>		
C.3	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2013 bij geconstateerde onregelmatigheden als gevolg van fraude steeds de volgende acties uitgevoerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terugvorderen onrechtmatig bestede AWBZ/PGB-middelen of het verrekenen van deze middelen met de bevoorschotting of afrekening van zorgaanbieders;</li> <li>- melden van vermoeden van misbruik bij het fraudeloket van het kenniscentrum ZN en registratie in het IVR en het EVR<sup>10</sup>;</li> <li>- aangifte doen bij de politie of het OM;</li> <li>- melden geconstateerd oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden aan beleidsbepalende organisaties, zoals het Ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland en/of de NZa.</li> </ul> <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	1
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het borgen dat procedures en protocollen worden nageleefd. Deze betreffen vooral de juistheid en volledigheid van vervolgacties/terugvorderingen en het protocol 'Verzekeraars &amp; Criminaliteit'/monitor ZN.</p>		
D.	<p><b>Vastlegging signalen</b></p>		

<sup>10</sup> Hierover vindt nog overleg plaats.



Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
	<p><b>Norm:</b> 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"> <li>- welke signalen van vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik betrekking hebben op de AWBZ;</li> <li>- welke signalen van vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik betrekking hebben op verzekerden en op zorgaanbieders;</li> <li>- in welke mate (aantallen en bedragen) sprake is van daadwerkelijk geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik;</li> <li>- de aard van het misbruik en oneigenlijk gebruik</li> </ul>	1	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het vastleggen van signalen die zelf gegenereerd zijn vanuit de risicomatrix, zorginkoop en materiële controle.</p>		
<b>E.</b>	<b>Managementinformatie</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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 onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik.</p> <p>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.</p>	0,5	0,25
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het aanpassen c.q. uniformeren van de managementrapportages, waardoor eventuele noodzakelijke bijsturing mogelijk en inzichtelijk wordt.</p>		
<b>F.</b>	<b>Audit interne of externe accountantsdienst</b>		
	<p><b>Norm:</b> De interne of externe accountant heeft het Protocol Verzekeraars &amp; 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.</p>	1	1
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>6</b>

Bron: NZa

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

### 2.12.3 Aanwijzing Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik

De concessiehouder heeft het proces Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik over 2012 op onvoldoende wijze uitgevoerd. De concessiehouder 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 de concessiehouder uiterlijk 1 oktober 2014 de uitvoering van proces Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik minimaal op een voldoende niveau moet hebben gebracht.

Uit het onderzoek blijkt dat Agis Zorgverzekeringen N.V. de uitvoering van het proces Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik op een voldoende niveau heeft gebracht en dat zodoende aan de aanwijzing is voldaan.

## **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	Gereali-seerde score
A.	<b>Kwaliteit administratieve organisatie en interne beheersing</b>		
A.1	<b>Norm:</b> 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	<b>Norm:</b> 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	0,75
	<b>Verbeterpunten:</b> – Het opstellen en vaststellen van een controleplan voorafgaand aan het controlejaar. – Het verbeteren van de audittrail in het controleplan zodat duidelijker de samenhang blijkt tussen de risicoanalyse, de aanwezige mitigerende maatregelen, de restrisico's, de uit te voeren controlewerkzaamheden, de selectiewijze en de rapportagestructuur. – Het volledig voldoen aan de artikelen 5 en 6 van de Regeling Controle AWBZ Administratie AWBZ verzekeraars (inclusief het onderdeel privacy).		
A.3	<b>Norm:</b> 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	1
	<b>Verbeterpunt:</b> Het gespreid over en gedurende het boekjaar uitvoeren van controles zodat bijsturing tijdens het boekjaar kan plaatsvinden (vooral formele en materiële controles).		
A.4	<b>Norm:</b> 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	1
A.5	<b>Norm:</b> 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.	0,75	0,75

B.	<b>Kwaliteit geautomatiseerde gegevensverwerking</b>		
B.1	<p><b>Norm:</b> De implementatie van wijzigingen in wet- en regelgeving in 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	0,75
B.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft inzicht in de opzet en het bestaan van de in de applicaties ingebouwde application controls. Hij heeft de blijvend juiste werking van deze application controls in 2013, bijvoorbeeld via een IT audit, vastgesteld.</p>	1,25	0,25
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het vaststellen van de opzet, het bestaan en de blijvend juiste werking van de application controls.</p>		
B.3	<p><b>Norm:</b> Uit de bevindingen en conclusies van de IT-audit blijkt dat de concessiehouder in opzet toereikende maatregelen heeft getroffen voor de continuïteit van de geautomatiseerde systemen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende 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><b>Verbeterpunt:</b> Het vaststellen dat de maatregelen die zijn getroffen voor de continuïteit van de geautomatiseerde systemen gedurende het jaar hebben gewerkt.</p>		
B.4	<p><b>Norm:</b> Uit de bevindingen en conclusies van de IT-audit blijkt dat de concessiehouder in opzet toereikende maatregelen heeft getroffen voor de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende 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	0,75
	<p><b>Aandachtspunt:</b> Het inrichten van maatregelen (planning en control cyclus et cetera) zodat het management gedurende het jaar aantoont dat de logische toegangsbeveiliging werkt en waar nodig bijstuurt wanneer de beveiliging onvoldoende werkt.</p>		
B.5	<p><b>Norm:</b> Uit de bevindingen en conclusies van de IT-audit blijkt dat de concessiehouder toereikende maatregelen heeft getroffen rondom het change management van de geautomatiseerde systemen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende 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	0,75
	<p><b>Aandachtspunt:</b> Het inrichten van maatregelen (planning en control cyclus et cetera) zodat het management gedurende het jaar aantoont dat de logische toegangsbeveiliging werkt en waar nodig bijstuurt wanneer de beveiliging onvoldoende werkt.</p>		

B.6	<p><b>Norm:</b> Uit de bevindingen en conclusies van de IT audit blijkt dat de concessiehouder toereikende maatregelen heeft getroffen om de juiste werking van AZR in 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	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het opnemen van een schriftelijke managementreactie.</p>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>7,25</b>

Bron: NZa

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



### 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 2: Persoonsgebonden budget**

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het op de beschikking dan wel toelichtende brief duidelijker aangeven wat de verantwoordingsmomenten zijn waar de budgethouder aan moet voldoen.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het in zijn brieven aan de budgethouders vermelden dat het zorgkantoor binnen zes weken de budgethouder zal informeren over de uitkomsten van de globale controle.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
3.	Het voldoen aan de maximale norm van zes weken en de budgethouder daarmee tijdig informeren over zijn bevindingen.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
4.	Het voor alle zorgkantoorregio's zorgdragen voor een tijdige beoordeling en toekenning van de PGB-aanvragen.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
5.	Het zodanig aanpassen van de processen zodat binnen tien weken de toekenningsbeschikking wordt verstrekt. Het percentage aanvragen waarbij deze norm wordt overschreden mag hoogstens 5% zijn.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.

Bron: NZa

**Tabel 20. Verbeterpunten PI 3: Klachtenbehandeling**

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het tijdig afhandelen van alle klachten. Een beperkt aantal klachten is niet tijdig afgehandeld.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het altijd aantoonbaar de klager in de gelegenheid te stellen te worden gehoord. In een enkel geval is dit niet schriftelijk gebeurd.	Het verbeterpunt is niet geheel gerealiseerd. In een enkel geval wordt de klager niet in gelegenheid gesteld om te worden gehoord.
3.	Het tijdig schriftelijk bevestigen van alle klachten.	Het verbeterpunt is niet geheel gerealiseerd.

Bron: NZa

**Tabel 21. Verbeterpunten PI 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening**

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het beter documenteren van de netwerken dementie en van het ontwikkelingsstadium waarin deze zich bevinden.	Het verbeterpunt is afgaande op de verantwoordingsinformatie niet gerealiseerd.
2.	Het standaard bij alle zorgaanbieders volgen van de voortgang en de uitkomsten van de verbetertrajecten.	Het verbeterpunt is afgaande op de verantwoordingsinformatie gerealiseerd.
3.	Het verder stimuleren van zorgaanbieders tot concrete afspraken met andere organisaties in de (centrum)gemeenten over de gezamenlijke trajectplanning en coördinatie per cliënt.	Het verbeterpunt is afgaande op de verantwoordingsinformatie gerealiseerd.
4.	Het bevorderen van de aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag bijvoorbeeld door scholing van medewerkers om de zelfredzaamheid van cliënten te stimuleren en samenwerking tussen hulpverleners te bevorderen.	Het verbeterpunt is afgaande op de verantwoordingsinformatie gerealiseerd.
5.	Het concreet afspraken maken met centrumgemeenten om de samenhang in de MO te bevorderen.	Het verbeterpunt is afgaande op de verantwoordingsinformatie gerealiseerd.
6.	Het naast toetsen van de uitkomsten aan de hand van kengetallen ook de zorgaanbieder GGZ vragen naar een vastgestelde visie of beleidsplan.	Het verbeterpunt is afgaande op de verantwoordingsinformatie gedeeltelijk gerealiseerd.

Bron: NZa



**Tabel 22. Verbeterpunten PI 7: Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura**

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het duidelijk in de overeenkomst met zorgaanbieders opnemen hoe de maandelijkse aanpassing van de bevoorschotting op basis van de declaraties op cliëntniveau plaatsvindt.	De concessiehouder heeft het verbeterpunt nog niet gerealiseerd. De concessiehouder neemt de bevoorschottingsmethodiek nog steeds niet volledig op.
2.	Het ondersteunen van de declaratie op cliëntniveau voor zorg, geleverd op indicaties van Bureau Jeugdzorg en indicaties zonder BSN nummer, bijvoorbeeld vrouwenopvang. Door de indicaties in AZR in te voeren kan de concessiehouder ook de declaraties van deze zorg op cliëntniveau elektronisch verwerken.	Het verbeterpunt is niet meer van toepassing.
3.	Het aantoonbaar per declaratieperiode voor elke zorgaanbieder systematisch de volledigheid van de AW319 vastleggen als percentage van de productiemonitor.	De concessiehouder heeft het verbeterpunt gerealiseerd.
4.	Het opstellen van een inzichtelijke periodieke managementrapportage over de voortgang van de declaratie op cliëntniveau waaruit minimaal blijkt de mate waarin zorgaanbieders volledigheid bereikt hebben van AW319 ten opzichte van de productiemonitor; en de mate waarin zorgaanbieders het declaratiebestand AW319 tijdig en juist hebben ingediend.	De concessiehouder heeft het verbeterpunt nog niet gerealiseerd.
5.	Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting op basis van de gedeclareerde productie.	De concessiehouder heeft het verbeterpunt nog niet gerealiseerd.

Bron: NZa

**Tabel 23. Verbeterpunten PI 10: Materiële controle**

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het, evenals over 2011, vergroten van de betrokkenheid van de coördinator fraudebestrijding bij de opzet en bij de evaluatie van de controleresultaten.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het, evenals over 2011, verhogen van de capaciteit voor de uitvoering van materiële controle.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.  In 2013 is de capaciteit uitgebreid. In 2013 is deze uitbreiding nog niet structureel. Door de concessiehouder is aangegeven dat in 2014 de uitbreiding structureel is geworden.
3.	Het opzetten van een algemeen controleplan en het bepalen van het controledoel overeenkomstig de Regeling zorgverzekering en het (volledig) openbaar maken hiervan.	Het verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.  Er zijn nog enkele specifieke aandachtspunten deze zijn opgenomen in paragraaf 2.11 bij onderdeel B. Het algemeen controleplan is openbaar gemaakt, echter niet tijdig.  Het tijdig vaststellen en openbaar maken van het algemeen controleplan (voorafgaande aan het betreffende controlejaar) is een onderdeel van het verbeterpunt wat nog gerealiseerd moet worden door de concessiehouder.
4.	Het mogelijk (en gebruik) maken van datamining, bestandsanalyses en dergelijke.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
5.	Het, evenals over 2011, volledig uitvoeren van de opgestelde controleplannen, zodat het aantal te controleren zorgaanbieders wordt gehaald.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.  De NZa vraagt wel aandacht voor een structurele aanpak.
6.	Het uitbreiden c.q. verbreden van het onderzoek tot dat de risico's in voldoende mate zijn gemitigeerd.	Het verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.  Het proces materiële controle moet nog verder verbeterd worden. Het proces voldoet in 2013 in opzet. Het bestaan en de werking zijn in 2013 nog onvoldoende.  Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die gemaakt wordt bij de analyse van de uitkomsten van de materiële controles en wat dit betekent voor de controleaanpak / risicoanalyse is een onderdeel van het verbeterpunt wat nog gerealiseerd moet worden door de concessiehouder.
7.	Het aanscherpen van vervolgacties, zoals het terugvorderen op basis van extrapolatie van de bevindingen.	Het verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.  Het terugvorderen bij zorgaanbieders, van onrechtmatige schaden uit eerdere verslagjaren, die naar voren komen bij het uitvoeren van materiële controles over het huidig jaar, is een specifiek aandachtspunt.  Het terugvorderen bij zorgaanbieders van onrechtmatige schaden uit eerdere verslagjaren indien er onrechtmatigheden naar voren komen uit eerdere verslagjaren bij het uitvoeren van materiële controles over het huidige verslagjaar is een onderdeel van het verbeterpunt wat nog gerealiseerd moet worden door de concessiehouder.
8.	Het verbeteren van de managementrapportage.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.

Bron: NZa

**Tabel 24. Verbeterpunten PI 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik**

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het regelen dat de coördinator fraudebestrijding zijn activiteiten op het terrein van de AWBZ uitbreidt, bevoegdheid verkrijgt voor het zelfstandig uitvoeren van onderzoek hiernaar en de deskundigheid hiervoor vergroot.	Punten 1 tot en met 8. In 2013 is naar aanleiding van het onderzoek over 2012 op vrijwel alle punten van M&O een verbeteringsproces in gang gezet. Dit proces wordt door de concessiehouder in 2014 voltooid. Dit betekent dat de meeste verbeterpunten in 2013 nog niet (volledig) gerealiseerd waren. De nog te verbeteren specifieke punten komen terug in paragraaf 2.12.1 onder de vermelde verbeterpunten 2013.  Het verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het opstellen van een actueel en gestructureerd plan van aanpak gericht op bestrijding van zorgfraude in de AWBZ, waarin duidelijk is opgenomen: op welke wijze invulling wordt gegeven aan het Convenant aanpak verzekeringsfraude, een transparante risicoanalyse, een vertaling van de risico's naar onderzoeken en een planning hiervoor, dat invulling wordt gegeven aan hetgeen is bepaald in artikel 7.10 van de Regeling zorgverzekering.	Het verbeterpunt is nog niet volledig gerealiseerd.
3.	Het aanscherpen van het geven van voorlichting aan medewerkers van de Zorgkantoren.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd.
4.	Het uitvoeren van bestands- of systeemvergelijkingen.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd.
5.	Het meer aandacht besteden aan signalering, opsporing en afdoening van vermoeden van interne fraude.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd.
6.	Het in geval van fraude terugvorderen van zorgaanbieders en het bij de landelijke instanties melden c.q. aangeven van onrechtmatig bestede AWBZ/PGB-middelen.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
7.	Het verbeteren van de registratie van signalen van zorgfraude.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd (het betreft het vastleggen van zelf gegenereerde signalen).
8.	Het verbeteren van de managementrapportage.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd.

Bron: NZa

**Tabel 25. Verbeterpunten PI 12: Administratieve organisatie en interne beheersing**

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het opstellen van een controleplan voor aanvang van het controlejaar.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
2.	Het volledig voldoen aan de artikelen 5 en 6 van de Regeling en Controle AWBZ Administratie AWBZ verzekeraars 2012 (inclusief het onderdeel privacy).	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
3.	Het volgens planning uitvoeren van de geplande controles.	Het verbeterpunt is gerealiseerd
4.	Het aantoonbaar verantwoording afleggen over op welke wijze voor het materiële controleproces wordt voldaan aan de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
5.	Het verbeteren van de audittrail zodat duidelijk de samenhang blijkt tussen de uitgevoerde controlewerkzaamheden in relatie tot de gewenste zekerheid.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
6.	Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
7.	Het uitvoeren van een ketentest waardoor uitwijk van de applicaties in samenhang getest wordt.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
8.	Het binnen de scope brengen van het onderzoek van Internal Audit van het vaststellen of de getroffen maatregelen voor de continuïteit van de geautomatiseerde systemen werken.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
9.	Het inrichten van maatregelen zodat aangetoond kan worden dat de logische toegangsbeveiliging gedurende het jaar werkt.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
10.	Het laten beoordelen van de werking van de ITCG's voor het volledige boekjaar.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
11.	Het zichtbaar vastleggen welke zekerheid verkregen dient te worden ten aanzien van de ITCG's van AZR en hoe deze zekerheid is verkregen.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.

Bron: NZa

### 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 deze twee processen is, omdat zij in 2012 een onvoldoende scoorden, een aanwijzing opgelegd (zie onder 2.11 en 2.12 voor de opvolging hiervan).

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

**Tabel 26. Verbeterpunten PI 10: Materiële controle**

Nr.	Verbeterpunten 2011	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het verder uitwerken en vastleggen in het plan van aanpak hoe de geconstateerde onregelmatigheden moeten worden vertaald naar vervolgmaatregelen en terugvorderingen.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
2.	Het (volledig) uitvoering geven aan de Regeling zorgverzekering, die in juni 2011 ook voor de AWBZ van kracht is geworden. Het betreft op elkaar volgend de opstelling van een algemeen controleplan op basis van een algemene risicoanalyse, een specifiek controleplan op basis van een specifieke risicoanalyse en de uitvoering van detailcontroles wanneer niet op andere wijze voldoende zekerheid kan worden verkregen.	Het verbeterpunt is gerealiseerd. Door de concessiehouder is uitvoering gegeven aan de Regeling zorgverzekering.
3.	Het gebruik van het controle instrument van de enquête: de concessiehouder past dit instrument voor de uitvoering van de materiële controle niet toe. De NZa is van oordeel dat concessiehouders bij de uitvoering van materiële controles het controlemiddel enquête gericht moeten inzetten.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
4.	Het na constatering van onregelmatigheden een beter onderbouwde afweging maken met betrekking tot vervolgacties.	Het verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd. Enkele specifieke verbeterpunten omtrent vervolgacties zijn benoemd in paragraaf 2.11.

Bron: NZa

**Tabel 27. Verbeterpunten PI 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik**

Nr.	Verbeterpunten 2011	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het uitvoeren van werkzaamheden gebaseerd op risicoanalyse.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd. In 2013 is naar aanleiding van het onderzoek over 2012 ook voor dit punt een verbeteringsproces in gang gezet. Dit wordt door de concessiehouder in 2014 voltooid.
2.	Het doorvoeren van de landelijke aanpassingen in het Fraudeprotocol van het Verbond van Verzekeraars.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
3.	Het opstellen van een actueel en gestructureerd plan van aanpak gericht op bestrijding van zorgfraude.	Het verbeterpunt is gerealiseerd
4.	Het actiever uitvoering geven aan het signaleren van intern misbruik en oneigenlijk gebruik.	Zie punt 1
5.	Het betrekken van de coördinator fraudebestrijding bij uitkomsten uit de intensieve en materiële controle voor het signaleren van (alle) vermoedens van misbruik en oneigenlijk gebruik.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
6.	Het terugvorderen van uit de materiële controle naar voren gekomen onrechtmatig bestede AWBZ-gelden.	Het verbeterpunt is 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 Bevindingen

Er waren in het Rapport Uitvoering AWBZ 2012 van Agis Zorgverzekeringen N.V. geen verbeterpunten opgenomen ten aanzien van de wettelijke reserve AWBZ en de beheerskosten AWBZ.

##### *Beheerskosten*

In tabel 28 zijn de kerngegevens opgenomen over de beheerskosten en de wettelijke reserve AWBZ.

Het in de financiële verantwoording opgenomen budget beheerskosten betreft het budget zoals uit de beschikkingen van het Zorginstituut Nederland blijkt (€ 24.399.000) en een bedrag vanwege de ontvangen subsidie Fraudebestrijding PGB 2013-2014 (€ 541.000).

De subsidie Fraudebestrijding PGB 2013-2014 is onjuist gerubriceerd. Het betreft een subsidie die geen onderdeel is van de beheerskosten. Het verantwoorde bedrag aan subsidie Fraudebestrijding PGB 2013-2014 is gelijk aan de hiervoor verantwoorde kosten. Hierdoor heeft de onjuiste rubricering van de subsidie Fraudebestrijding PGB 2013-2014 geen financieel effect op het budgetresultaat. De hierna opgenomen kerngegevens zijn exclusief de subsidie Fraudebestrijding PGB 2013-2014.

**Tabel 28. Beheerskosten en wettelijke reserve AWBZ**

Kerngegevens concessiehouder (x € 1.000)	2013	2012
Budget beheerskosten AWBZ boekjaar <sup>11</sup>	24.399	23.715
Beheerskosten AWBZ boekjaar	24.662	23.007
Budgetresultaat beheerskosten AWBZ boekjaar	-/- 263	709
Wettelijke reserve AWBZ ultimo jaar	3.644	4.140
Mutatie beheerskosten ten opzichte van voorgaand jaar in %	7,2%	1,2%
Wettelijke reserve AWBZ als percentage van het budget beheerskosten	14,9%	17,5%

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

De beheerskosten zijn in 2013 ten opzichte van 2012 met 7,2% (€ 1.655.000) gestegen. Volgens de concessiehouder is deze stijging onder andere het gevolg van de toename van het aantal medewerkers die werkzaamheden verrichten voor het PGB. Verder geeft de concessiehouder aan dat als gevolg van de organisatiewijzigingen een herijking van de kostenallocatie heeft plaatsgevonden. Er worden na de herijking kosten doorbelast op basis van productdivisies. De NZa heeft nadere informatie ontvangen over de per kwartaal verantwoorde beheerskosten 2014. Over deze ontvangen informatie, zal ook mede in relatie tot de verantwoorde beheerskosten 2013, nog nader overleg plaatsvinden. Ook zal deze informatie betrokken worden bij het onderzoek 2014.

Het budgetresultaat over 2013 bedraagt € 263.000 negatief (2012: € 709.000 positief). De NZa constateert dat de concessiehouder in 2013 een tekort op het budget heeft. De NZa dringt er bij de concessiehouder op aan om de tekorten op het budget beheerskosten om te buigen in overschotten.

De externe accountant heeft de rechtmatigheid van de beheerskosten op toereikende wijze vastgesteld. De NZa constateert dat de beheerskosten van € 24.662.000 over 2013 rechtmatig zijn.

#### *Wettelijke reserve AWBZ*

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2013 bedraagt € 3.644.000 (31 december 2012: € 4.140.000).

De concessiehouder heeft in 2013 geen rendement toegerekend aan de reserve AWBZ vanwege de zeer lage rentestand. De concessiehouder had rendement moeten toerekenen.

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

<sup>11</sup> Het budget beheerskosten is zowel in 2012 als in 2013 opgenomen op basis van de Nadere Vaststelling AWBZ beheerskostenbudget 2012/2013 voor verbindingkantoren zoals door Zorginstituut Nederland bepaald in het jaar volgend op het verantwoorde boekjaar.



### 4.2.3 Oordeel NZa

De NZa concludeert dat de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten over 2013 van € 24.662.000 rechtmatig zijn.

De NZa heeft nadere informatie ontvangen over de per kwartaal verantwoorde beheerskosten 2014. Over deze ontvangen informatie 2014, zal ook mede in relatie tot de verantwoorde beheerskosten 2013, nog nader overleg plaatsvinden. Ook zal deze informatie betrokken worden bij het onderzoek 2014.

De concessiehouder heeft geen rendement toegerekend aan de wettelijke reserve AWBZ. De concessiehouder moet rendement toerekenen aan de wettelijke reserve AWBZ en 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 29 zijn de kerngegevens opgenomen over de bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ.

**Tabel 29. Bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ**

Kerngegevens concessiehouder	2013 (x € 1.000)	2012 (x € 1.000)
<b>Bedrijfsopbrengsten AWBZ:</b>		
Vergoeding zorgaanpakken	4.230.210	3.957.519
Budget beheerskosten AWBZ	24.241	23.715
Subsidie Fraudebestrijding PGB 2013-2014 (deel 2013)	541	0
Overige (rente) opbrengsten	2	0
Vergoeding AFBZ rechtstreeks met het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) te verrekenen kosten en opbrengsten (saldo)	293	10.255
Subsidies PGB-AWBZ	321.613	349.791
Overige opbrengsten en vergoedingen van derden	-/- 259	-/- 59
Totaalbedrag bedrijfsopbrengsten	<b>4.576.641</b>	<b>4.341.221</b>
<b>Schaden AWBZ:</b>		
Totaal schaden AWBZ exclusief subsidies	4.230.321	3.967.715
Totaalbedrag schaden subsidies PGB-AWBZ	321.613	349.791
Totaalbedrag schaden AWBZ	<b>4.551.934</b>	<b>4.317.506</b>

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 (€ 4.254.487.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 4.230.321.000) 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 schaden AWBZ zijn geconstateerd ten aanzien van de uitgevoerde materiële controles in 2012 van € 3.902.000.

De concessiehouder moet de bedragen van 2012 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 ten aanzien van de uitgevoerde materiële controles 2012 en 2013 voor een bedrag van € 9.301.000.

De concessiehouder moet onderzoek doen naar de rechtmatigheid van de verantwoorde uitgaven. In afwachting van de resultaten van dit onderzoek heeft de NZa haar oordeel over deze uitgaven opgeschort.

#### **4.3.5 Overige opmerkingen**

De concessiehouder is eisende partij in een faillissement van een zorgaanbieder. De concessiehouder heeft een vordering van € 9.002.000. Onzeker is of dit bedrag zal worden ontvangen. Een bedrag van € 5.435.000 is in de financiële verantwoording 2013 verantwoord als een vordering. Een bedrag van € 3.567.000 moet nog als vordering opgenomen worden in de financiële verantwoording.

De concessiehouder moet zich inspannen om de vordering van € 9.002.000 te innen. In de bestuurlijke verantwoording 2014 moet de concessiehouder zich hierover expliciet verantwoorden.

### **4.4 Opvolging onderzoek 2012**

De NZa heeft vorig onderzoek in het rapport op basis van haar onderzoek opgenomen dat er over 2012 fouten zijn geconstateerd met betrekking tot het PGB voor een bedrag van € 195.000. Voor de fouten met betrekking tot het PGB geldt dat de NZa uitsluitend de procedurele rechtmatigheid beoordeelt. Voor de volledigheid en ter informatie zijn ook de gerapporteerde fouten van de externe accountant met betrekking tot het PGB vermeld. De concessiehouder moest de fouten PGB corrigeren in zijn verantwoording over 2013.

De concessiehouder geeft in een reactie aan dat de financiële fout van € 195.000 niet meer kan worden hersteld als een definitieve eindafrekening is vastgesteld. Voor 2012 zijn alle eindafrekeningen definitief vastgesteld.

De NZa concludeert dat de fouten 2012 niet zijn gecorrigeerd in de verantwoording 2013. Het Zorginstituut Nederland zal beoordelen of deze post van € 195.000 rechtmatig is.



## 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

Het uitvoeringsverslag heeft niet op alle aspecten voldoende diepgang. Dit betreft de volgende onderwerpen:

- Prestatie-indicator Persoonsgebonden budget (PI 2): In het uitvoeringsverslag is geen informatie opgenomen over de cliëntenraadpleging.
- Prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening (PI 6): In het uitvoeringsverslag ontbreekt informatie over hoe de concessiehouder het ontruimingsbeleid toetst van zorgaanbieders bij overlijden van een cliënt.

De overige onderwerpen zijn wel toereikend behandeld.

### 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 Persoonsgebonden budget (PI 8): De concessiehouder heeft zich niet verantwoord over het gerealiseerde rendement op tijdelijk overtollige middelen PGB en waar dit bedrag is verantwoord.
- Prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening (PI 9): Over de volgende onderdelen heeft de concessiehouder zich niet afdoende verantwoord:
  - of er situaties waren van overmacht;
  - de betrokkenheid van het management;
  - het beleid van het zorgkantoor voor de inventarisatie en de beheersing van gevolgen van de extramuralisatie voor de continuïteit van zorg en het overleg dat hij hierover met (centrum)gemeenten en zorgaanbieders voert.

- Prestatie-indicator Materiële controles (PI 10): De belangrijkste bevindingen uit de uitgevoerde materiële controles komen slechts summier naar voren.

De overige onderwerpen zijn wel toereikend behandeld.

## 5.6 Financiële verantwoording

De financiële verantwoording is niet volledig opgesteld volgens het model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2013. Dit betreffen de volgende aspecten:

- Onrechtmatigheden materiële controle 2012:  
Er zijn door de concessiehouder onrechtmatigheden 2012 geconstateerd als gevolg van uitgevoerde materiële controles. Deze onrechtmatigheden 2012 zijn niet gecorrigeerd in de financiële verantwoording dan wel opgenomen in de foutentabel. Alle onrechtmatigheden moeten in principe gecorrigeerd worden in de financiële verantwoording. Indien dit niet mogelijk is moeten deze onrechtmatigheden worden opgenomen in de foutentabel.
- Rubricering Subsidieverlening Fraudebestrijding PGB:  
De verkregen gelden en de hierbij behorende uitgaven voor de Subsidieverlening Fraudebestrijding PGB zijn gerubriceerd onder de posten die verband houden met de beheerskosten. Dit is een onjuiste rubricering. Het betreft een subsidie. 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.