

**Rapport**

# **Uitvoering AWBZ 2013**

Concessiehouder

Univé Zorgkantoor B.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	10
1.4.1 Opvolging verbeterpunten 2012	10
1.4.2 Opvolging verbeterpunten 2011	11
1.5 Opvolging handhavingsmaatregelen	12
1.5.1 Informatieverzoek verbeterpunten	12
1.6 Oordeel NZa over de rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2013	13
1.6.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2013	13
1.6.2 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2013	13
1.6.3 Opvolging onderzoek 2012	14
1.7 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2013	14
1.8 Tijdigheid verantwoordingsinformatie 2013	14
<b>2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2013</b>	<b>15</b>
2.1 Inleiding	15
2.2 Prestatie-indicator 1: Zorg in natura	15
2.2.1 Prestatiemeting Zorg in natura	15
2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura	16
2.3 Prestatie-indicator 2: Persoonsgebonden budget	17
2.3.1 Prestatiemeting Persoonsgebonden budget	17
2.4 Prestatie-indicator 3: Klachtenbehandeling	20
2.4.1 Prestatiemeting Klachtenbehandeling	20
2.4.2 Verdiepende vragen onderzoek Klachtenbehandeling	22
2.5 Prestatie-indicator 4: Contracteerproces	23
2.5.1 Prestatiemeting Contracteerproces	23
2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces	26
2.6 Prestatie-indicator 5: Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	27
2.6.1 Prestatiemeting Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	27
2.6.2 Verdiepende vragen onderzoek Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	29
2.7 Prestatie-indicator 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening	32
2.7.1 Prestatiemeting Innovatie en kwaliteit zorgverlening	32
2.8 Prestatie-indicator 7: Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	33
2.8.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	33
2.8.2 Informatieverzoek bevoorschotting zorgaanbieders	36
2.8.3 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	37
2.9 Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdeniveau voor PGB	37
2.9.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdeniveau voor PGB	37
2.9.2 Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB	41
2.9.3 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor PGB	42
2.9.4 Fraudeonderzoek PGB	42
2.10 Prestatie-indicator 9: Monitoring continuïteit zorgverlening	42

2.10.1	Prestatiemeting Monitoring continuïteit zorgverlening	42
2.10.2	Verdiepende vragen onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening	45
2.11	Prestatie-indicator 10: Materiële controle	46
2.11.1	Prestatiemeting Materiële controle	46
2.11.2	Informatieverzoek verbeterpunten Materiële controle	50
2.12	Prestatie-indicator 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	50
2.12.1	Prestatiemeting Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	50
2.12.2	Informatieverzoek verbeterpunten Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	53
2.13	Prestatie-indicator 12: Administratieve organisatie en interne beheersing	54
2.13.1	Prestatiemeting Administratieve organisatie en interne beheersing	54
<b>3.</b>	<b>Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken</b>	<b>59</b>
3.1	Opvolging verbeterpunten 2012	59
3.2	Opvolging verbeterpunten 2011	63
<b>4.</b>	<b>Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2013</b>	<b>67</b>
4.1	Inleiding	67
4.2	Wettelijke reserve en beheerskosten 2013	67
4.2.1	Inleiding	67
4.2.2	Aanwijzing wettelijke reserve AWBZ	67
4.2.3	Bevindingen	67
4.2.4	Oordeel NZa	69
4.3	Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2013	69
4.3.1	Inleiding	69
4.3.2	Bevindingen	69
4.3.3	Onrechtmatigheden in de verantwoording 2013	70
4.3.4	Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2013	70
4.4	Opvolging onderzoek 2012	71
<b>5.</b>	<b>Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2013</b>	<b>73</b>
5.1	Inleiding	73
5.2	Tijdigheid	73
5.3	Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken	73
5.4	Uitvoeringsverslag	73
5.5	Bestuurlijke verantwoording	73
5.6	Financiële verantwoording	74
5.7	Accountantsproducten	74

# 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 Univé Zorgkantoor B.V. voert de AWBZ uit voor de zorgregio Noord-Holland Noord.

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 verricht de NZa een van haar bij wet opgelegde taak uit, dit volgt uit artikel 16 Wmg. Dit rapport wordt openbaar gemaakt op grond van artikel 8 Wet openbaarheid van bestuur. 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 hierop toezicht uitoefent. De procedure van de Wet openbaarheid van bestuur wordt hierbij in acht genomen.

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 Univé Zorgkantoor B.V. in de gelegenheid gesteld om een zienswijze te geven over de openbaarmaking van het Rapport Uitvoering AWBZ 2013 en van de uitkomsten van het onderzoek in het Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2013.

De concessiehouder heeft geen bedenkingen tegen openbaarmaking van het Rapport Uitvoering AWBZ 2013 en van de uitkomsten van het onderzoek in het Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2013.

## 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 mutatiedagen. Ook de informatieverstrekking aan cliënten over bijbetalingen voor aanvullende diensten is een bijzonder aandachtspunt. Verder heeft de NZa in het verdiepend onderzoek meer nadruk gelegd op doelmatigheidsaspecten.

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

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

aan de aansluiting tussen de goedgekeurde declaraties (op cliëntniveau) en de verantwoorde productie in de nacalculatieformulieren.

## 1.3 Samenvattend oordeel uitvoering 2013

### 1.3.1 Uitvoering AWBZ 2013

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

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

**Tabel 1. Samenvattend oordeel over uitvoering AWBZ in 2013**

Prestatie-indicatoren AWBZ	Paragraaf	Oordeel 2013	Wegingsfactor	Score <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.	G	1	2
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	G	2	4
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	G	3	6
8. Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget	Zie paragraaf 2.9.1	V	2	2
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

Univé Zorgkantoor B.V. heeft de processen Persoonsgebonden budget, Klachtenbehandeling, Doelmatige zorglevering binnen de

<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).

contracteerruimte, Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura en Monitoring continuïteit zorgverlening op goede wijze uitgevoerd.

### **1.3.3 Voldoende processen 2013**

Univé Zorgkantoor B.V. heeft de processen Contracteerproces, Administratie op verzekerdeniveau voor Persoonsgebonden budget, 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>Contracteerproces<sup>2</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het aantoonbaar maken dat de concessiehouder heeft gecontroleerd dat de cliëntenraad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bij de door de zorgaanbieder aanwezig is en functioneert en</li> <li>- door de zorgaanbieder is geraadpleegd over de algemene gang van zaken rond de invulling van het zorgplan.</li> </ul> </li> <li>- Het vooraf aan alle zorgaanbieders bieden van duidelijkheid over de inkoopvoorwaarden en de criteria voor het al dan niet hebben van een inkoopgesprek.</li> <li>- Het in het inkoopbeleid concreet uitwerken welke criteria specifiek voor nieuwe zorgaanbieders gelden, welke criteria gewijzigd worden toegepast voor nieuwe zorgaanbieders en welke niet worden toegepast.</li> <li>- Het bieden van meer duidelijkheid over de wijze waarop de concessiehouder de landelijke korting op persoonlijke verzorg en begeleiding doorvoert bij elke zorgaanbieder.</li> <li>- Het in het contracteerbeleid benoemen van de vormen van onderaanneming, die de concessiehouder als zodanig onderscheidt.</li> <li>- Het in contracteerbeleid duidelijk opnemen van de wijzigingen in het beleid ten opzichte van het voorgaande jaar.</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>
2.	<p><i>Administratie op verzekerdenniveau voor PGB<sup>3</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het zichtbaar vastleggen van het audit trail van de uitgevoerde werkzaamheden door alle medewerkers over alle punten die bij de aanvraag van een PGB worden vastgesteld. Daarnaast verdient het de aanbeveling de terugkoppeling over deze punten door de tweede beoordelaar (4-ogen principe) toetsbaar vast te leggen.</li> <li>- Het opstellen van een risicoanalyse en intern controleplan die zijn gericht op het selecteren van verantwoordingsformulieren met onjuiste en onrechtmatige uitgaven. Ook moet de concessiehouder in het controleplan aandacht besteden aan de bestandsanalyses en de onderbouwing voor de aard, omvang en diepgang van de controles.</li> <li>- Het zichtbaar vastleggen van de handmatige controles van de globale controle.</li> <li>- Het zichtbaar vastleggen van de uitkomsten van de automatische controle en welke declaraties hiervan later zijn teruggeroepen, zodat inzicht verkregen kan worden in de effectiviteit en efficiency van de geautomatiseerde controles (per item).</li> <li>- Het periodiek uitvoeren van bestandsanalyses op de gehele populatie budgethouders waarbij wordt vastgesteld of een opname- of ontslagmelding voor verblijf is ontvangen van zorgaanbieders.</li> <li>- Het in alle gevallen adequaat opvolgen van bevindingen uit de huisbezoeken en het tijdig inzetten van vervolgacties. In 2014 heeft de concessiehouder deze opvolging alsnog uitgevoerd.</li> <li>- Het tijdig aanleveren van de aanvraag tot vaststelling van de subsidie 2013 inclusief de accountantsverklaring, dat wil zeggen voor 1 juli 2014, aan het Zorginstituut Nederland.</li> </ul>
3.	<p><i>Materiële controle<sup>4</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het verbeteren en verder professionaliseren van de betrokkenheid van de afdeling speciale zaken bij tenminste de opzet van de risicoanalyse en de evaluatie van de controleresultaten.</li> <li>- Het tijdig vaststellen en openbaar maken van het controleplan.</li> <li>- Het aantoonbaarder vastleggen van enkele 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 aantoonbaar onderbouwen waarom in de algemene risicoanalyse is gekozen voor de gehanteerde criteria ter bepaling of nader onderzoek noodzakelijk is.</li> <li>- Het volledig en tijdig uitvoeren van alle controles.</li> <li>- Het verbeteren van de aantoonbaarheid dat er financiële consequenties zijn verbonden aan geconstateerde bevindingen.</li> </ul>

<sup>2</sup> Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.5. te raadplegen.

<sup>3</sup> Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.9. te raadplegen.

<sup>4</sup> Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.11. te raadplegen.

Verbeterpunten 2013	
4.	<p><i>Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik<sup>5</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het zodanig inrichten van de organisatie dat fraudesignalen (PGB én zorg in natura) op structurele basis met de fraudecoördinator worden besproken.</li> <li>– Het zelfstandig bepalen van de noodzaak tot instellen van onderzoeken op risicogebieden in de AWBZ.</li> <li>– Het opstellen van een actueel en gestructureerd plan van aanpak en risicoanalyse gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ, voor wat betreft zorg in natura.</li> <li>– Het (verder) ontwikkelen van een risicoanalyse gericht op interne fraude. Dit is nog onderhanden in 2014.</li> <li>– Het onderzoeken van bevindingen op terrein van zorg in natura.</li> <li>– Het aantoonbaar inzetten van instrumenten voor bestands- en systeemvergelijkingen. De concessiehouder kent nog geen automatiseringstools voor datamining.</li> <li>– Het melden van vermoedens van fraude op het terrein van zorg in natura aan de afdeling Speciale zaken.</li> <li>– het betrekken van de coördinator fraudebestrijding bij uitkomsten uit de intensieve en materiële controle.</li> <li>– Het periodiek (maandelijks dan wel per kwartaal) informeren van het management over de uitgevoerde werkzaamheden.</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 de verbeterpunten bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik geïmplementeerd (met uitzondering van datamining) geïmplementeerd worden.</p>
5.	<p><i>Administratieve organisatie en interne beheersing<sup>6</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het actueel houden van de procesbeschrijvingen.</li> <li>– Het voor aanvang van het controlejaar opstellen en vaststellen van een overall controleplan.</li> <li>– Het in elk (deel)controleplan opnemen van een doelstelling, de timing van controles, het aantal te controleren posten, de selectiewijze en de uit te voeren controlewerkzaamheden.</li> <li>– Het in het controleplan PGB opnemen van analyses op oude PGB vorderingen.</li> <li>– Het inzichtelijk maken of in voldoende mate voor alle processen controlewerkzaamheden zijn uitgevoerd.</li> <li>– Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken.</li> <li>– Het zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits voor de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen.</li> <li>– Het zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits rondom het change management.</li> <li>– Het zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits rondom AZR.</li> </ul>

Bron: NZa

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

## 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 onvoldoende of een voldoende heeft gerealiseerd.

In tabel 3 zijn de verbeterpunten 2012 opgenomen die de concessiehouder nog niet heeft gerealiseerd.

Univé Zorgkantoor B.V. heeft de volgende verbeterpunten niet (geheel) gerealiseerd:

<sup>5</sup> Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.12. te raadplegen.

<sup>6</sup> Voor een juiste interpretatie van het verbeterpunt is het noodzakelijk om de gehele bevinding, zoals opgenomen in paragraaf 2.13. te raadplegen.

**Tabel 3. Opvolging verbeterpunten 2012**

Verbeterpunten 2012 die niet (geheel) gerealiseerd zijn	
1.	<p><i>Administratie op verzekerdenniveau voor PGB:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het effectief invulling geven aan de uitvoering van bestandsanalyses. De concessiehouder hanteert de bestandsanalyse alleen voor de controle op individuele wijzigingen en daarmee wordt de bestandsanalyse niet gebruikt als middel om de volledige budgethouder populatie te controleren volgens het controleprotocol van het Zorginstituut Nederland.</li> </ul>
2.	<p><i>Monitoring continuïteit zorgverlening zorg:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het aantoonbaar bewaken bij onderaanneming van gemaakte afspraken en het verbinden van consequenties aan het niet nakomen daarvan.</li> </ul>
3.	<p><i>Materiële controle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het tijdig communiceren met de fraude coördinator over de bevindingen uit materiële controle. Het verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.</li> <li>- Het opstellen van een controleplan dat voldoet aan de in de Regeling Controle en administratie AWBZ-verzekeraars gestelde betrouwbaarheids- en nauwkeurigheidseisen. Verder moet het controledoel vooraf worden vastgesteld.</li> <li>- Het tijdig uitvoeren van het controleplan.</li> <li>- Het verbinden van financiële consequenties aan geconstateerde bevindingen in lijn met de doelstelling voor uitvoering van materiële controle. Het verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.</li> </ul>
4.	<p><i>Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het zodanig inrichten van de organisatie dat fraudesignalen (PGB én zorg in natura) op structurele basis het de fraudecoördinator worden besproken.</li> <li>- Het beschikken over een plan van aanpak en risicoanalyse voor zorg in natura.</li> <li>- Het onderzoeken van bevindingen op terrein van zorg in natura.</li> <li>- Het ook melden van vermoedens van fraude op het terrein van zorg in natura aan de afdeling Speciale zaken.</li> <li>- Het periodiek (maandelijks dan wel per kwartaal) informeren van het management over de uitgevoerde werkzaamheden.</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 de verbeterpunten bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik geïmplementeerd (met uitzondering van datamining) geïmplementeerd worden.</p>
5.	<p><i>Administratieve organisatie en interne beheersing:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het in het controleplan voor de kwaliteitscontroles PGB opnemen van analyses op oude PGB vorderingen.</li> <li>- Het inzichtelijk maken wanneer de controleplannen zijn opgesteld (specifiek ten behoeve van het controleplan klassiek) en voor aanvang van het controlejaar de controleplannen gereed hebben (specifiek ten behoeve van het controleplan PGB).</li> <li>- Het opstellen van een overall controleplan waarin alle controles staan beschreven voor alle AWBZ schades. De kwaliteitscontroles zijn nu alleen gericht op rolstoelpooling, overige hulpmiddelen, tandheelkunde, bruikleen en verkeer bed (klassiek) en PGB en gaan niet in op zorg met en zonder verblijf en dagbesteding en vervoer.</li> <li>- Het inzichtelijk maken of in voldoende mate voor alle processen (waaronder zorg met en zonder verblijf en dagbesteding en vervoer) controlewerkzaamheden zijn uitgevoerd.</li> <li>- Het meenemen van de bevindingen vanuit de controlewerkzaamheden op zorg met en zonder verblijf en dagbesteding en vervoer bij de totale evaluatie van de bevindingen.</li> <li>- Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken. Op dit moment wordt dit in beperkte mate aangetoond en niet aangetoond door een IT audit. De aantoonbaarheid is hierdoor beperkt.</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

Ook heeft de NZa in het rapport uitvoering AWBZ 2012 de opvolging van de verbeterpunten 2011 beoordeeld. Indien de verbeterpunten 2011 niet (geheel) gerealiseerd waren dan heeft de NZa hiervoor maatregelen

opgelegd. De NZa heeft hiervoor een informatieverzoek gedaan aan de concessiehouder.

De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de realisatie van de niet opgevolgde verbeterpunten 2011. De NZa heeft hiertoe een informatieverzoek gedaan op basis van art. 61 Wmg. Als de concessiehouder bij het opvolgen van het verbeterpunt te weinig voortgang boekt, overweegt de NZa haar instrumenten in te zetten.

Univé Zorgkantoor B.V. heeft de volgende verbeterpunten niet (geheel) gerealiseerd:

**Tabel 4. Opvolging verbeterpunten 2011**

Verbeterpunten 2011 die niet (geheel) gerealiseerd zijn	
1.	<p><i>Materiële controles:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het zich beter verantwoorden over de ingestelde vervolgacties. Het verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.</li> </ul>
2.	<p><i>Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het zelfstandig bepalen van de noodzaak tot instellen van onderzoeken op risicogebieden in de AWBZ.</li> <li>- Het opstellen van een actueel en gestructureerd plan van aanpak en risicoanalyse gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ, voor wat betreft zorg in natura.</li> <li>- Het aantoonbaar inzetten van instrumenten voor bestands- en systeemvergelijkingen. De concessiehouder kent nog geen automatiseringstools voor datamining.</li> <li>- Het betrekken van de coördinator fraudebestrijding bij uitkomsten uit de intensieve en materiële controle.</li> <li>- Het aantoonbaar informeren van het management van het zorgkantoor over de opzet, resultaten en vervolgacties van onderzoeken.</li> </ul>

Bron: NZa

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

## 1.5 Opvolging handhavingsmaatregelen

### 1.5.1 Informatieverzoek verbeterpunten

De NZa heeft in haar onderzoek over 2012 geconstateerd dat de concessiehouder twee verbeterpunten 2011 Materiële controle nog niet (geheel) had gerealiseerd. De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2011. Uit het onderzoek blijkt dat deze verbeterpunten gedeeltelijk zijn gerealiseerd.

De NZa heeft in haar onderzoek over 2012 geconstateerd dat de concessiehouder zes verbeterpunten 2011 Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik nog niet (geheel) had gerealiseerd. De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2011. Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder deze verbeterpunten in 2013 nagenoeg (nog) niet gerealiseerd heeft.

De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 de verbeterpunten geïmplementeerd worden.

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

### 1.6.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2013

De NZa concludeert dat de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten over 2013 van € 5.791.000 rechtmatig zijn. De beheerskosten AWBZ 2013 geven geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.

#### *Deelbudget UAZ 2012*

In 2012 bestond een gedeelte van het budget beheerskosten uit een eenmalig deelbudget voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden (UAZ). In het rapport 2012 was opgenomen dat de verbindingkantoren zich over dit deelbudget nog moesten verantwoorden met een separate verantwoording en een controleverklaring van de externe accountant. De concessiehouder heeft zich in 2013 aan het Zorginstituut Nederland verantwoord over dit deelbudget. Het Zorginstituut Nederland heeft de NZa verzocht de UAZ verantwoordingen te beoordelen en haar bevindingen hierover te rapporteren aan het Zorginstituut Nederland. De NZa zal haar bevindingen naar aanleiding van de beoordeling van de verantwoording van de concessiehouder in een apart rapport opnemen. Het Zorginstituut Nederland zal het deelbudget UAZ in 2015 definitief vaststellen.

#### *Wettelijke reserve AWBZ*

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2013 bedraagt € 211.000 (31 december 2012: € 186.000 negatief). Over 2013 heeft de concessiehouder een positief resultaat op de beheerskosten kunnen realiseren waardoor de wettelijke reserve AWBZ ultimo 2013 positief is. De wettelijke reserve AWBZ ultimo 2012 was negatief.

De concessiehouder heeft correcties 2012 inzake schaden PGB ten laste van de wettelijke reserve AWBZ gebracht voor een bedrag van € 15.000. De correctie die betrekking heeft op PGB schaden moet worden verantwoord onder de schaden subsidie PGB-AWBZ en niet onder de wettelijke reserve AWBZ. De concessiehouder moet dit in de financiële verantwoording 2014 corrigeren.

Het in 2013 toegerekende rendement aan de wettelijke reserve AWBZ geeft geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.

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

### 1.6.2 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2013

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies (€ 824.318.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 818.130.000) over 2013 rechtmatig zijn, met uitzondering van de hierna opgenomen onrechtmatigheden over de rechtmatigheid.

De NZa concludeert op basis van de bevindingen in hoofdstuk 4 dat over 2013 voor een totaalbedrag van € 148.000 aan onrechtmatige uitgaven is geconstateerd ten aanzien van materiële controles. De concessiehouder moet deze fout corrigeren in de financiële verantwoording 2014.

In hoofdstuk 4 heeft de NZa geconcludeerd dat er geen onzekerheid over de rechtmatigheid bestaat.

De concessiehouder moet zich over de afdoening van de onrechtmatigheid verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2014.

### **1.6.3 Opvolging onderzoek 2012**

#### *Opvolging onrechtmatigheden 2012*

De NZa heeft in het vorige onderzoek geconcludeerd dat over 2012 onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ zijn geconstateerd ten aanzien van de kwaliteitscontroles PGB voor een bedrag van € 15.000. De concessiehouder heeft deze fouten gecorrigeerd in de financiële verantwoording 2013 in de wettelijke reserve beheerskosten AWBZ. Dit is een onjuiste rubricering van de correctie.

De correctie moet worden verantwoord onder de schaden subsidie PGB-AWBZ en niet onder de wettelijke reserve AWBZ.

De concessiehouder moet dit in de financiële verantwoording 2014 corrigeren.

#### *Opvolging onzekerheden 2012*

De NZa heeft het vorige onderzoek ook geconstateerd dat de financiële verantwoording van de concessiehouder over 2012 onzekerheden over de rechtmatigheid bevatte met betrekking tot lopende zaken bij Speciale zaken en Kwaliteitscontroles PGB. De concessiehouder moest onderzoek doen naar de rechtmatigheid van deze in 2012 verantwoorde uitgaven. De NZa heeft bij haar onderzoek over 2013 geconstateerd dat de concessiehouder dit heeft uitgezocht en gecorrigeerd in de financiële verantwoording waardoor het onderzoek 2012 op dit punt is afgedaan.

## **1.7 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2013**

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

De NZa concludeert verder dat de financiële verantwoording niet geheel is opgesteld volgens het model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2013.

## **1.8 Tijdigheid verantwoordingsinformatie 2013**

De verantwoordingsdocumenten 2013 zijn tijdig ontvangen.

## **2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2013**

### **2.1 Inleiding**

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

In de betreffende paragrafen over de uitkomsten van de prestatiemetingen vermeldt de NZa in de rechterkolom van de tabellen het aantal punten dat een concessiehouder heeft gescoord voor elk toetsingsaspect. Als niet het volledige aantal punten is gescoord, wordt op een afzonderlijke regel direct onder het toetsingsaspect opgenomen waarop de concessiehouder zich moet verbeteren om het volledige aantal punten te scoren.

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

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 5. 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	<b>Norm:</b> De concessiehouder: <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>7</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	2
	<b>TOTAAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Bron: NZa

### 2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

#### *Beschikbare etalage informatie voor verzekerden*

Op kiesBeter werd maar een beperkt gedeelte van de zorgaanbiedersinformatie vermeld. De concessiehouder beschikt al jaren over een eigen AWBZ Zorggids op de website. In deze AWBZ Zorggids wordt alle relevante keuze-informatie vermeld. Daarbij zijn ook de links naar de website van de betreffende zorgaanbieders vermeld, zodat

<sup>7</sup> Met ingang van 1 april 2014 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zijn werkzaamheden voort gezet onder een nieuwe naam: Zorginstituut Nederland.



cliënten eenvoudig kunnen doorlinken naar de benodigde aanvullende detailinformatie.

De website van kiesBeter.nl wordt niet meer up to date gehouden. Voor de sector VVT geldt dat Zorgverzekeraars Nederland en LOC aan Mediquest hebben verzocht een functionaliteit te bouwen waarin de uitkomst van kwaliteitsmetingen wordt weergegeven.

#### *Rol Zorginstituut Nederland*

De concessiehouder heeft nog geen ervaring met de invloed van het Zorginstituut Nederland op de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie over AWBZ-zorgaanbieders. Het Zorginstituut bevindt zich nog in de opstartfase.

## **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 6. 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></p> <p>De concessiehouder verstrekt actuele informatie voor PGB geïnteresseerden over het verschil tussen ZIN en PGB, hoe zorg in te kopen, de criteria waaraan een aanvrager bij voorkeur moet voldoen, een koppeling naar de website van Per Saldo, onder verwijzing naar de informatie over de PGB zelftest, de PGB hulpplannen en het invullen van een budgetplan en de consequenties voor de budgethouder bij eventuele fraude.</p> <p>De concessiehouder besteedt in het kader van voorlichting over het PGB specifiek aandacht aan de bijzondere voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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></p> <p>De concessiehouder geeft in de beschikking en/of de toelichtende brief aan de budgethouder duidelijk aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de omvang van het jaarbudget; en de vermindering in verband met de eigen bijdrage;</li> <li>- indien de indicatie gedurende het jaar afloopt: ook de omvang van het budget naar rato;</li> <li>- hoe het budget is opgebouwd;</li> <li>- de voorschotperioden met uitbetalingsdata.</li> </ul>	0,5	0,5

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
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
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	0,25
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 van 95% van de gevallen binnen zes weken na ontvangst van het volledig ingevulde verantwoordingsformulier geïnformeerd over de uitkomst van de globale controle.</p>	1	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het tijdig, dat wil zeggen in minimaal 95% van de gevallen, binnen zes weken na ontvangst van de globale verantwoording, meedelen van de uitkomsten uit de globale controle gedurende het gehele jaar.</p>		
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	0,25

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	2
	<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 Noord-Holland-Noord 17 dagen.		
B.2	<b>Norm:</b> De NZa verstrekt de maximale score als het percentage PGB-beschikkingen dat binnen 6 weken na de ontvangst van de aanvraag / de indicatie is afgegeven meer dan 95% bedraagt.	2	2
	<b>Bevinding:</b> Het percentage PGB-beschikkingen dat binnen 10 weken na ontvangst van de aanvraag / de indicatie is afgegeven bedraagt in 2013 voor Zorgkantoor Noord-Holland-Noord 100%.		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>9,5</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Persoonsgebonden budget goed uitgevoerd. De NZa adviseert de concessiehouder het bovenstaande verbeterpunt door te voeren.

## 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 7. 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	1,25
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	1,25
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	1

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
C.5	<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.	1	1
C.6	<b>Norm:</b> De concessiehouder stuurt klachten over de kwaliteit van geleverde zorg door aan de zorgaanbieder. De concessiehouder volgt dan de afhandeling van de klachten actief, dat wil zeggen dat de concessiehouder zelf zonedig contact opneemt met de zorgaanbieder.	0,75	0,75
C.7	<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.	0,5	0,5
<b>D.</b>	<b>Verbetermanagement klachten</b>		
	<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.  De concessiehouder heeft naar aanleiding van ontvangen klachten (aantoonbaar) concrete verbeteracties uitgevoerd.	1	0,75
	<b>Verbeterpunt:</b> Het structureel, gedurende het gehele jaar, in de managementrapportages opnemen of er sprake was van verbeteracties naar aanleiding van ontvangen klachten.		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>9,75</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Klachtenbehandeling goed uitgevoerd. De NZa adviseert de concessiehouder het vermelde verbeterpunt te realiseren.

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

**Tabel 8. Verdeling klachten 2013**

Aard van de klacht	Aantal
Functioneren zorgaanbieders	4
Bejegening door personeel zorgkantoren	0
Bereikbaarheid zorgkantoren (inclusief telefonische bereikbaarheid).	1
Overige	4
Totaal	9

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 9. 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	1,55
	<p><b>Verbeterpunten:</b> Het aantoonbaar maken dat de concessiehouder heeft gecontroleerd dat de cliëntenraad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bij de door de zorgaanbieder aanwezig is en functioneert en</li> <li>- door de zorgaanbieder is geraadpleegd over de algemene gang van zaken rond de invulling van het zorgplan.</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	1,8
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het vooraf aan alle aanbieders bieden van duidelijkheid over de inkoopvoorwaarden en de criteria voor het al dan niet hebben van een inkoopgesprek.</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	1,25
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het in het inkoopbeleid concreet uitwerken welke criteria specifiek voor nieuwe zorgaanbieders gelden, welke criteria gewijzigd worden toegepast voor nieuwe zorgaanbieders en welke niet worden toegepast.</p>		
<b>D.</b>	<b>De concessiehouder ontwikkelt een transparant, non discriminatoir en toetsbaar contracteer- en inkoopbeleid waarin aanbieders op gelijke manier worden behandeld.</b>		
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	0,75
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het bieden van meer duidelijkheid over de wijze waarop de concessiehouder de landelijke korting op persoonlijke verzorging en begeleiding doorvoert bij elke zorgaanbieder.</p>		
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	0,5
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	0,65

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<b>Verbeterpunten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het in het contracteerbeleid benoemen van de vormen van onderaanneming, die de concessiehouder als zodanig onderscheidt.</li> <li>- Het in contracteerbeleid duidelijk opnemen van de wijzigingen in het beleid ten opzichte van het voorgaande jaar.</li> </ul>		
D.5	<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.  De concessiehouder gaat na of de publieksvoorlichting van de zorgaanbieder over de termijn van ontruimen van de woonruimte na overlijden, naar zijn mening voldoende is.	1	0
	<b>Verbeterpunten:</b> <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</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 prestatiemeting, omdat het veelal activiteiten betreft die landelijk nog in ontwikkeling zijn en waarvoor nog geen bruikbare toetsingsnormen beschikbaar zijn.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

#### *Beperking toegang tot AWBZ*

Vanaf 1 januari 2013 worden geen indicaties meer afgegeven voor de ZZP-s VV1 en 2 en VG1 en 2 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*

De concessiehouder voert een actief beleid om samenwerking met gemeenten tot stand te brengen, door de transities zijn de gemeenten ook daadwerkelijk in beweging gekomen. Dementiezorg, maatschappelijke opvang en de uitwisseling van gegevens op cliëntniveau wordt landelijk opgepakt.

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

De concessiehouder constateert nog geen verschraving van zorg als gevolg van leegloop, maar ziet de huidige ontwikkelingen als het meer inspelen

op wat de klant wil. De afname van cliënten met AWBZ-indicatie, heeft ook maatschappelijke gevolgen. Overplaatsing van huidige bewoners wordt beperkt, doch kan niet worden uitgesloten. In geval van bijvoorbeeld verbouwingen of nieuwbouw kan niet worden voorkomen dat cliënten moeten verhuizen. Daarnaast is het voor de concessiehouder niet mogelijk om op elke locatie AWBZ-zorg in te kopen. De concessiehouder vindt wel dat hij hierin een maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft en overlegt hierover met zorginstellingen. Als gevolg van de aandacht in de media, proberen de zorginstellingen en gemeenten dit zelf ook wel zo veel mogelijk te voorkomen. Uitplaatsing van huidige bewoners buiten de intramurale zorg gebeurt alleen in goed overleg met cliënten.

#### *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.

De concessiehouder hanteert al een paar jaar een drietrapsraket in haar inkoopbeleid:

- Cliënten moeten eerst aangeven waarom zorg in natura niet zou passen bij hun zorgvraag.
- Als zorg in natura niet kan, dan komt zorglevering door een ZZP'er in aanmerking (vooral voor mensen met een beperkte zorgvraag).
- Als beiden geen goede oplossing bieden dan is het verstrekken van een PGB de oplossing.

Daarnaast heeft de concessiehouder al een aantal jaar nieuwe zorgaanbieders gecontracteerd. Meerdere cliënten zijn hierdoor al overgegaan van PGB naar zorg in natura. De Bond van kleine zorgaanbieders waardeert deze uitvoering van beleid zeer. De concessiehouder toetst ook of het contracteren van nieuwe zorgaanbieders heeft geleid tot een betere aansluiting met de behoefte van cliënten. Het betreft vooral de cliëntengroepen begeleiding jongeren met autisme, GGZ et cetera.

## **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 10. 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 deerschikkingsafspraken 2013 vóór 1 november 2013 bij de NZa ingediend, zodat de NZa zich tijdig een beeld kan vormen van de besteding van de contracteerruimte zowel van 2013 als 2014.</p> <p>Het maken van afspraken binnen de financiële contracteerruimte vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	2,5	2,5
<b>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	2,5
<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	1,75
	<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> <li>- Het meer aantoonbaar maken dat de niet planbare zorg in de regio's goed is geregeld en dat dit niet tot problemen leidt.</li> </ul>		
<b>D.</b>	<b>Het bewaken van de zorgvraag of – behoefte</b>		

	<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	2,3
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het opnemen in het inkoopbeleid van de grenzen van een acceptabele onderproductie.</p>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>9,05</b>

Bron: NZa

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

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

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

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

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

*Wat verstaat de concessiehouder onder doelmatige zorglevering?*

Voor de definitie doelmatigheid is aansluiting gezocht bij definitie 'goede zorg', waarbij het gaat om de drie-eenheid 'kwaliteit zorg, klantgerichtheid, doelmatigheid'. Wat betreft doelmatigheid wordt steeds meer gestreefd naar outcome, de kosten per cliënt en wat kost een cliënt met een bepaalde aandoening / specialistische zorg bij de ene of de

andere zorgaanbieder (tarief plus toeslagen). Dat wil de concessiehouder uitbreiden met wat de cliënt daarbij zelf betaalt (toerekening van alle kosten per cliënt). De inzichten worden zo steeds meer verfijnd. Hierover voert de concessiehouder gesprekken met de zorgaanbieders.

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

De kosten per cliënt worden nu gemeten via de p en de q en wordt geanonimiseerd teruggekoppeld naar vergelijkbare zorgaanbieders, de benchmark die ook voor zorgaanbieders een interessante spiegel oplevert. Doel hiervan is het verminderen van praktijkvariatie, via facts en figures, dit kan leiden tot aanscherping van het beleid.

Doorontwikkeling informatieverzameling is voorzien in twee richtingen:

1. Verfijning achterliggende oorzaken (uren, toeslagen, et cetera).
  2. Totale kosten kunnen meenemen (ook eigen bijdragen et cetera).
- Binnen GGZ-zorg is ervaring opgedaan er is volgens de concessiehouder goed ingekocht met deze systematiek (kosten per cliënt, hoeveel mensen, benchmark en op basis daarvan is een maximaal besparingspotentieel berekend. Dit dient als basis in het gesprek met de zorgaanbieders (waarbij het niet alleen gaat om kosten, maar om goede zorg).

*Doelmatige zorglevering binnen het zorginkoopbeleid?*

Punten die in dit verband worden genoemd zijn:

- **Praktijkvariatie:** zorgaanbieders wordt een spiegel voorgehouden. Hierbij vindt vooraf analyse plaats van de gegevens door informatievoorziening. Vergelijkbare zorgaanbieders worden tegen elkaar afgezet. Wie doet het beter is ook interessant voor andere zorgaanbieders. De praktijkvariatie neemt al af, maar hangt ook wel heel erg af van de vastgoedsituatie van een aanbieder. Niet alle punten kunnen direct worden aangepakt, maar de concessiehouder is onderweg.
- **Benchmark zorgtrajecten,** met name extramuraal, factpacts per zorgaanbieder. Bij intramuraal is dat moeilijker in verband met vaste bedragen per zzp, wel zzp-verhoudingen.
- **Ketenzorg:** Er is steeds meer naar centrale afstemming, bijvoorbeeld bij dementiezorg.
- **Weging van de kosten,** (medische) kwaliteit en klantbeleving. Kosten zijn meestal harde gegevens. Klanttevredenheid wordt meegenomen in gesprekken met de zorgaanbieder. In de benchmark moet men in ieder geval op het gemiddelde zitten, als eronder dan wordt er in gesprekken op doorgevraagd. Een tien is niet vereist, wel wordt vereist in ieder geval een score rond het gemiddelde, liefst wat hoger. Op kwaliteit wordt met name bij grote zorgaanbieders doorgevraagd.
- **Betaling van overproductie.** Uitgangspunt voor de concessiehouder is niet: 'we betalen alles'.
- **De concessiehouder kijkt heel kritisch naar upcoding,** administratieve vervanging van zzp's. Bij zorgaanbieders die boven het landelijk gemiddelde zitten wordt onderzoek gedaan naar de reden daarvan.
- **Zorgaanbieders hebben een bepaald basisbudget.** Gevraagd wordt aan zorgaanbieders wat zij hebben gedaan om extra cliënten te helpen, bijvoorbeeld extra personeel aangenomen, et cetera.
- **Er zijn nu bijna geen actief wachtenden meer en er is volgens de concessiehouder niet te weinig zorg ingekocht.** De concessiehouder gaat er echter ook vanuit dat het geld dat beschikbaar is, niet helemaal hoeft te worden opgemaakt.

De concessiehouder sluit met bepaalde zorgaanbieders een prestatiecontract. Daarin staat bijvoorbeeld dat de gemiddelde kosten per klant moeten dalen. De zorgaanbieder krijgt een boete als dat niet lukt.

Niet iedere (grote) zorgaanbieder is daar al klaar voor. Voor zorginstellingen is dit ook een motor voor verbetering.

#### *Bevorderen daadwerkelijk gebruik doelmatige zorg?*

Hierop is in 2013 geen actief beleid gevoerd. De concessiehouder wil de keuzevrijheid van cliënten niet beperken. In eerste instantie wordt rekening gehouden met de wensen van de cliënt.

Van de cliënten heeft 95-96% zelf de keuze al bepaald en het deel dat dit niet heeft, wordt met extra informatie geholpen. Het kleine deel dat het echt niet weet, zou gestuurd kunnen worden naar de zorgaanbieder met hoge klanttevredenheid en lage kosten. De gegevens daarover worden inmiddels verzameld. Bijvoorbeeld ziekenhuizen gaan hier al actief mee aan de slag. Bij zorgkantoren is dit vanwege een gebrek aan keuze tussen zorgkantoren en het minder kunnen switchen tussen zorgaanbieders nog wat minder. Cliënten die bellen hebben vaak een specifiek probleem voor een bepaald specialisme.

Als cliënten hogere eigen bijdrage zou moeten betalen bij de ene zorgaanbieder dan bij de andere zal doelmatigheid wellicht voor de cliënt ook een grotere rol gaan spelen. Pleidooi van de concessiehouder is om alle kosten mee te nemen.

Traditioneel kiezen mensen vaak voor de grote thuiszorgaanbieders, en nu ook nieuwe aanbieders zoals Buurtzorg. Eerste vraag voor de concessiehouder is dan: wat kunnen zij bieden boven het bestaande aanbod? Er zijn geen grote wachtlijsten met actief wachtenden en is er geen reden om meer in te kopen. Intramurale keuze is vaak gericht op omgeving cliëntensysteem.

#### *Sturen op verbeteringen voor de toekomst?*

Partijen die onvoldoende meedoen met innovaties gericht op verbetering kwaliteit/klanttevredenheid/kosten zullen volgens de concessiehouder uit de pas gaan lopen. Voorbeeld hiervan is het gebruik van Ipads. Bepaalde zorgaanbieders bereiken daarmee goede effecten. Zorgaanbieders die daar niet aan willen blijven achter. Dit geeft een prikkel om te blijven innoveren.

Benchmarking op tarief, uitnutting (mantelzorg inzetten et cetera) en doorlooptijd (hoe lang zorg verlenen; mensen ook leren zichzelf weer te redden) betreft ook kosten overhead. De concessiehouder vraagt altijd naar substitutie die een innovatie oplevert.

#### *Overige opmerkingen concessiehouder*

Voor sturen op doelmatigheid is veel informatie nodig. Er is een aantal stappen gezet in de informatievoorziening:

- Samenvoeging van mensen die zich bezig houden met informatievoorziening en niet meer verdeeld over de regio's.
- Standaard rapportages op basis eenduidige definities en query's uit bestanden.

Dit gebeurt nu nog projectmatig, de verwachting is dat dit een structurele afdeling wordt. De verdere professionalisering zorgt er ook voor dat nu voor inkopers in andere regio's inzicht is.

Probleem met kwaliteit is volgens de concessiehouder dat er nauwelijks actuele gegevens zijn van alle zorgaanbieders. Over de p/k-verhouding merkt de concessiehouder op: 'cijfer x of y zou effect moeten hebben op afspraken', dat is een weerbarstige materie. Nu is dit vooral vormgegeven in de eisen die de concessiehouder stelt rond het leveren van een bepaald type zorg.

De verschillen tussen de scores op de cq-indexen zijn marginaal, daar kunnen geen conclusies aan verbonden worden en dit moet nog worden doorontwikkeld.

Medische kwaliteit mag nimmer een issue zijn. In de care is klantgerichtheid heel belangrijk, dat is nog in ontwikkeling. Het Nederlands Zorginstituut heeft de kwaliteitsmeting overgenomen en zou zorgaanbieders op de vingers moeten tikken. De concessiehouder vraagt zich af of er nu zal worden doorgepakt.

Wat betreft overheadkosten is het volgens de concessiehouder aan de inkoper of hij iets ter discussie stelt of niet. FLOS (financieel logistiek organisatie strategie) biedt mooie verzameling voor inkopers, zij krijgen daarmee snel inzicht / beeld van de instellingen. De normen voor welke overhead wel of niet acceptabel is, zijn nog niet heel scherp. Alle inkopers zijn hier wel op getriggerd, overigens ook de instellingen zelf en de accountants (ratio's). De definitie van overhead is ook niet keihard, bovendien component huisvesting essentieel. Met FLOS zijn ook trends te zien, signalen dat een aanbieder aan het glijden is.

## 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 11. 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 verzekerdenniveau voor zorg in natura**

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

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

**Tabel 12. 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	0,35
	<p><b>Verbeterpunt:</b> De concessiehouder moet duidelijk in de overeenkomst opnemen wat de werkwijze is van de bevoorschotting, inclusief de mogelijke aanpassing van de bevoorschotting en de criteria hiervoor. Het is niet voldoende om alleen te verwijzen naar het declaratieprotocol. De concessiehouder heeft overigens aangegeven dit in de overeenkomst van 2015 aan te passen.</p>		
<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	4,8
	<p><b>Verbeterpunt:</b> De concessiehouder neemt in de managementrapportages over declareren op cliëntniveau informatie op over de tijdige indiening van het declaratiebestand. De concessiehouder heeft overigens aangegeven dit in 2014 weer up-to-date te brengen.</p>		
<b>C.</b>	<b>Bekostiging productie 2013</b>		
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

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting van de zorgaanbieder aan de goedgekeurde productie op cliëntniveau AW319. In 2014 heeft de concessiehouder deze procedure aangepast (bespreekpunt).</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
D.	<p><b>Afrekenen met zorgaanbieders</b></p>		
	<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
E.	<p><b>Informatieverstrekking in de keten</b></p>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft wijzigingsberichten van intramurale zorg per cliënt conform de afspraken in AZR binnen één werkdag na ontvangst van een MAZ (AW35) respectievelijk MUT bericht (AW39) van de zorgaanbieder doorgegeven aan het CAK.</p>	1	1
	<p><b>TOTAAL</b></p>	<b>10</b>	<b>8,65</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura goed uitgevoerd. De randvoorwaarde onder C1 is niet strikt toepast omdat de concessiehouder dit verbeterpunt in 2014 heeft gerealiseerd. De NZa adviseert de concessiehouder bovenstaande verbeterpunten door te voeren.

### 2.8.2 Informatieverzoek bevoorschotting zorgaanbieders

De NZa heeft in haar onderzoek over 2012 geconstateerd dat Univé Zorgkantoor B.V. zorgaanbieders niet maandelijks bevoorschot op basis van de realisatie volgens de productieoverzichten. Univé Zorgkantoor B.V. moest de NZa periodiek informeren over de stand van zaken van bovengenoemd verbeterpunt. Uit het onderzoek blijkt dat Univé Zorgkantoor B.V. vanaf 2014 aan dit verbeterpunt voldoet.

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

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Conform de Regeling Declaratievoorschriften AWBZ zorg CA 300-013 worden de ZZP's gedeclareerd op cliëntniveau, de mutatedagen 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 geeft aan dat de door de concessiehouder goedgekeurde declaraties op cliëntniveau, de basis zijn voor de in de nacalculatie verantwoorde productiecijfers en eventuele verschillen tussen goedgekeurde declaraties en nacalculatorische productiecijfers moeten verklaard kunnen worden.

## **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 13. 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	0,3
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het zichtbaar vastleggen van het audit trail van de uitgevoerde werkzaamheden door alle medewerkers over alle punten die bij de aanvraag van een PGB worden vastgesteld. Daarnaast verdient het de aanbeveling de terugkoppeling over deze punten door de tweede beoordelaar (vier-ogen principe) toetsbaar vast te leggen.</p>		
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	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het opstellen van een risicoanalyse en intern controleplan die zijn gericht op het selecteren van verantwoordingsformulieren met onjuiste en onrechtmatige uitgaven. Ook moet de concessiehouder in het controleplan aandacht besteden aan de bestandsanalyses en de onderbouwing voor de aard, omvang en diepgang van de controles. De concessiehouder heeft dit verbeterpunt in 2014 opgepakt.</p>		
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	1,25
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het zichtbaar vastleggen van de handmatige controles van de globale controle.</li> <li>- Het zichtbaar vastleggen van de uitkomsten van de automatische controle en welke declaraties hiervan later zijn teruggeroepen, zodat inzicht verkregen kan worden in de effectiviteit en efficiency van de geautomatiseerde controles (per item).</li> </ul>		
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	0,25
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het periodiek uitvoeren van bestandsanalyses op de gehele populatie budgethouders waarbij wordt vastgesteld of een opname- of ontslagmelding voor verblijf is ontvangen van zorgaanbieders.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde 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:</li> <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> <p>Als de controles en de bevindingen uit het huisbezoek daartoe aanleiding geven, heeft de concessiehouder vervolgacties ondernomen.</p> <p>De concessiehouder heeft op basis van het administratieve vooronderzoek huisbezoeken uitgevoerd conform het programma huisbezoeken. Hij hanteert hierbij het Protocol Huisbezoeken AWBZ. De uitvoering van de huisbezoeken door de concessiehouder voldoet verder aan de voorwaarden, door het Ministerie van VWS verbonden aan de subsidiëring van het project Fraudebestrijding PGB 2013 – 2014.</p> <p>Als de onrechtmatigheden betrekking hadden op mogelijk misbruik of oneigenlijk gebruik is de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld.</p> <p>De concessiehouder heeft de resultaten van het programma huisbezoeken en de vervolgacties vastgelegd in een foutenevaluatie. Hij bepaalt op basis van de foutenevaluatie of uitbreiding van de controles is vereist dan wel aanpassing van beleid noodzakelijk is.</p> <p>Het verwerken van de bevindingen uit de huisbezoeken in een foutevaluatie en het verbinden van consequenties daaraan vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	3	2
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het in alle gevallen adequaat opvolgen van bevindingen uit de huisbezoeken en het tijdig inzetten van vervolgacties. In 2014 heeft de concessiehouder deze opvolging alsnog uitgevoerd.</p>		
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
D.	<p><b>Tijdige indiening afrekening bij het Zorginstituut Nederland</b></p>		



Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<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.	0,5	0
	<b>Verbeterpunt:</b> Het tijdig aanleveren van de aanvraag tot vaststelling van de subsidie 2013 inclusief de accountantsverklaring, dat wil zeggen voor 1 juli 2014, aan het Zorginstituut Nederland. De communicatie van Zorginstituut Nederland was hier mede debet aan. De verantwoording is op 26 augustus 2014 ingediend.		
<b>E.</b>	<b>Informatieverstrekking in de keten</b>		
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>6,8</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor PGB voldoende uitgevoerd. De concessiehouder moet bovengenoemde verbeterpunten doorvoeren.

### 2.9.2 Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB

Ultimo 2012 bedroegen de vorderingen op budgethouders PGB € 3.439.000. Univé Zorgkantoor B.V. moest de NZa periodiek informeren over de stand van zaken met betrekking tot de inspanningen en de resultaten om het openstaande saldo substantieel te verlagen. Uit het onderzoek blijkt dat Univé Zorgkantoor B.V. aan deze informatieverplichting heeft voldaan.

Per 31 december 2013 bedraagt het saldo openstaande vorderingen op budgethouders PGB € 3.926.000. Per 31 december 2012 bedroeg het saldo € 3.439.000. Dit is een stijging van 14,2%. De vorderingen stijgen doordat er in 2013 huisbezoeken worden uitgevoerd, waaruit meer bevindingen volgen dan voorgaande jaren en daarom tot hogere vorderingen.

Het percentage openstaande vorderingen ten opzichte van de totale kosten subsidies PGB in 2013 bedraagt 4,3% (in 2012 3,8%). Van deze vorderingen is 65% ouder dan één jaar, 20% is tussen zes en twaalf maanden oud en 15% 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 € 79.651.000 (2012: € 78.660.000). Dit is een kostenstijging van 1,3% (landelijk: daling van 1,2%).

### **2.9.4 Fraudeonderzoek PGB**

Een medewerker van Coöperatie VGZ, die belast is met de uitvoering van subsidieregeling PGB voor de concessiehouders VGZ Zorgkantoor B.V., Univé Zorgkantoor B.V. en Trias Zorgkantoor B.V., is in oktober 2014 op staande voet ontslagen vanwege plegen van fraude met PGB-gelden. Direct bij de eerste signalen van mogelijk onrechtmatig handelen, heeft Coöperatie VGZ een intern onderzoek ingesteld en de NZa geïnformeerd. Coöperatie VGZ zit ten tijde van het uitbrengen van dit rapport nog in de onderzoeksfase. Vooruitlopend hierop is een actieplan opgesteld om deze fraudezaak te gebruiken om hun processen nog verder te beveiligen.

De NZa heeft in het onderzoek 2013 het proces Administratie op verzekerdsniveau voor PGB beoordeeld en heeft daarbij ook verbeterpunten geformuleerd die procesmatig verband houden met de geconstateerde fraude. Deze verbeterpunten hebben betrekking op het zichtbaar vastleggen van de audit trail van de uitgevoerde werkzaamheden en het (verder) ontwikkelen van een risicoanalyse gericht op interne fraude. De NZa zal de ontwikkelingen blijven volgen en in het onderzoek 2014 hieraan aandacht besteden. Het onderzoek van Coöperatie VGZ zal hierbij worden betrokken.

## **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 14. Prestatiemeting 2013 Monitoring continuïteit zorgverlening**

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde 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	2
B.2	<p>De concessiehouder gebruikt het – periodiek – overleg 2013 aantoonbaar voor het signaleren van risico's met betrekking tot continuïteit van zorgverlening. Hiertoe besteedt de concessiehouder in ieder geval aandacht aan de relevante risico's rond:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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	Gereali-seerde 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	1,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het beschrijven in het protocol van taak- en verantwoordelijkheden bij samenwerking, overname of faillissement van een aanbieder.</p>		
B.4	<p>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	1,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het niet alleen vooraf maar ook achteraf monitoren van uitbesteedde zorg.</p>		
B.5	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft zich alvorens zich bij de NZa te beroepen op overmacht:</p> <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>	0,25	0,25
C.	<p><b>Anticiperen op nieuwe ontwikkelingen</b></p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde 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 aantoonbaar direct betrekken van het management bij vervolgstappen die de continuïteit van zorg moeten garanderen.</p>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>8,75</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 toegespitst op de prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening, heeft de NZa verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op deze prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de prestatiemeting, omdat het veelal activiteiten betreft die landelijk nog in ontwikkeling zijn en waarvoor nog geen bruikbare toetsingsnormen beschikbaar zijn.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

#### *Plan van aanpak Wlz*

Per regio heeft de concessiehouder de mogelijke gevolgen van de hervormingen in kaart gebracht evenals de verwachte ontwikkeling van het aantal ZZP's indicaties, de wachtlijsten, beschikbare capaciteit en de gemiddelde kosten zodat duidelijk is waar in de toekomst mogelijke problemen kunnen ontstaan.

### *Inzicht in capaciteitsreductie*

De bovengenoemde informatie per regio is ook beschikbaar over individuele zorgaanbieders en vormt het uitgangspunt voor overleg tussen de concessiehouder en de zorgaanbieder over de strategie die de zorgaanbieder ontwikkelt. Op basis van de analyses en de gesprekken met de zorgaanbieder heeft de concessiehouder per gemeente en in sommige situaties zelfs op kernniveau in beeld wat de effecten kunnen zijn van de hervormingen.

### *Diversiteit en spreiding van het aanbod*

De concessiehouder heeft inzicht in het aanbod per gemeente en probeert met de inkoop van zorg rekening te houden met voldoende geografische spreiding van zorglocaties. De concessiehouder heeft geen directe invloed op het sluiten van locaties maar probeert in samenwerking met gemeenten te borgen dat in iedere gemeente de juiste zorg beschikbaar blijft.

### *Problemen*

Aandachtspunt bij de hervormingen zijn de overhevelingen naar de WMO en samenwerking met gemeenten. De concessiehouder monitort de zorgaanbieders zorgvuldig en besteedt veel aandacht aan de samenwerking met gemeenten. Dit gebeurt veelal door informatieoverdracht maar ook meer concreet door gemeenten actief te betrekken in nieuw- en/of verbouw plannen van zorgaanbieders. De mate waarin gemeenten zijn voorbereid op de nieuwe zorgtaken verschilt.

### *Inzicht in problemen bij zorgaanbieders*

Zorgaanbieders beschikken over de gemiddelde cijfers in de regio en kunnen deze vergelijken met de cijfers en ontwikkelingen van zichzelf. Afwaardering van vastgoed vindt plaats maar heeft nog niet geleid tot problemen. De concessiehouder monitort zorgaanbieders zorgvuldig zowel voor wat betreft de financiële kengetallen als voor andere aspecten als de strategie en de organisatie van een zorgaanbieder.

### *Rol banken en woning coöperaties*

Indien nodig worden banken en woningcoöperaties net als gemeenten betrokken in de vastgoedzaken.

### *Zorgcontinuïteit*

De mogelijke gevolgen van de hervormingen zijn per regio inzichtelijk. Van gedwongen verhuizing als gevolg van de hervormingen is nog geen sprake. Gedwongen verhuizing van cliënten wordt besproken met de zorginkoper. De concessiehouder hecht aan goede communicatie naar cliënten hierover.

## **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 15. 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	0,75
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het verbeteren en verder professionaliseren van de betrokkenheid van de afdeling speciale zaken bij tenminste de opzet van de risicoanalyse en de evaluatie van de controleresultaten.</p> <p>Hierbij merkt de NZa op dat de concessiehouder hierin al stappen heeft gezet in 2013 en 2014.</p>		
<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 verzekeren en zorgaanbieders.</p> <p>De concessiehouder heeft in de controleplannen vastgelegd op welke wijze is omgegaan met procedurele waarborgen, waaronder bepalingen inzake bescherming persoonsgegevens.</p> <p>De concessiehouder heeft de uitkomsten uit de materiële controle gespecificeerd in een fouten- en onzekerhedentabel waarin de omvang van de niet gecorrigeerde fouten- en onzekerheden is vermeld.</p> <p>De concessiehouder heeft in zijn plan van aanpak opgenomen hoe hij omgaat met geconstateerde onregelmatigheden die hij constateert bij de uitvoering van de materiële controles.</p>	1	0,25

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het tijdig vaststellen en openbaar maken van het controleplan.</li> <li>- Het aantoonbaarder vastleggen van enkele 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 aantonen in het controleplan dat de controleaanpak zodanig is opgezet dat voldaan wordt aan de in de Regeling Controle en administratie AWBZ-verzekeraars genoemde betrouwbaarheids- en nauwkeurigheidseisen;</li> <li>- het aantoonbaar vastleggen in het controleplan van de fasegewijze aanpak van algemeen plan naar specifiek plan naar detailcontroles;</li> <li>- het aantoonbaar vastleggen van op basis waarvan gekozen is voor de te hanteren percentages en aantallen (bijvoorbeeld minimaal en maximaal aantal te beoordelen dossiers);</li> <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 wanneer terugvordering en/of vervolgstappen noodzakelijk zijn.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Aandachtspunt:</b></p> <p>Het aangeven in het controleplan dat het plan is opgesteld voor drie concessiehouders en het aantoonbaar maken op welke manier deze gehanteerde methodiek kan dienen als onderbouwing voor het voldoen aan de betrouwbaarheids- en nauwkeurigheidseisen van de afzonderlijke verantwoordingen van de drie concessiehouders.</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	2



Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het aantoonbaar onderbouwen waarom in de algemene risicoanalyse is gekozen voor de gehanteerde criteria ter bepaling of nader onderzoek noodzakelijk is.</li> <li>- Het volledig en tijdig uitvoeren van alle controles.</li> </ul> <p><b>Aandachtspunt:</b></p> <p>Het bij uitstel van controles beoordelen welk effect het uitstel heeft op de te hanteren betrouwbaarheids- en nauwkeurigheidseisen en het beoordelen of het uitstel leidt tot de opname van onzekerheden in de foutentabel.</p>		
C.2	<p><b>Norm:</b></p> <p>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 het Externe Verwijs Register door de coördinator fraudebestrijding.</p> <p>De uitkomsten van de materiële controles zijn zodanig vastgelegd dat verantwoording aan en toetsing door toezichthouders mogelijk is.</p>	3	1,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b></p> <p>Het verbeteren van de aantoonbaarheid dat er financiële consequenties zijn verbonden aan geconstateerde bevindingen. De concessiehouder maakt ook onvoldoende afwegingen voor het inzetten van beschreven consequenties in het plan van aanpak. Door de concessiehouder zijn in 2013 hiertoe stappen gezet en dit is verder geprofessionaliseerd in 2014.</p>		
<b>D.</b>	<b>Managementsturing en -informatie</b>		
	<p><b>Norm:</b></p> <p>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>6,5</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator materiële controle voldoende uitgevoerd. De concessiehouder moet de genoemde verbeterpunten bij dit onderdeel doorvoeren.

### **2.11.2 Informatieverzoek verbeterpunten Materiële controle**

De NZa heeft in haar onderzoek over 2012 geconstateerd dat de concessiehouder twee verbeterpunten 2011 Materiële controle nog niet (geheel) had gerealiseerd. De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2011. Uit het onderzoek blijkt dat deze verbeterpunten gedeeltelijk zijn gerealiseerd.

## **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 16. 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>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het zodanig inrichten van de organisatie dat fraudesignalen (PGB én zorg in natura) op structurele basis met de fraudecoördinator worden besproken.</li> <li>- Het zelfstandig bepalen van de noodzaak tot instellen van onderzoeken op risicogebieden in de AWBZ.</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 de beide verbeterpunten worden geïmplementeerd.</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 opstellen van een actueel en gestructureerd plan van aanpak en risicoanalyse gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ, voor wat betreft zorg in natura.</p> <p>De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 het verbeterpunt wordt geïmplementeerd.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
<b>C.</b>	<b>Uitvoering onderzoeken gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik</b>		
C.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2013 voorlichting gegeven aan zorgkantomedewerkers 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	0,7
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het (verder) ontwikkelen van een risicoanalyse gericht op interne fraude. Dit is nog onderhanden in 2014.</li> <li>- Het onderzoeken van bevindingen op terrein van zorg in natura.</li> <li>- Het aantoonbaar inzetten van instrumenten voor bestands- en systeemvergelijkingen. De concessiehouder kent nog geen automatiseringstools voor datamining.</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 de overige twee verbeterpunten (met uitzondering van datamining) worden geïmplementeerd.</p>		
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>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het melden van vermoedens van fraude op het terrein van zorg in natura aan de afdeling Speciale zaken.</li> <li>- het betrekken van de coördinator fraudebestrijding bij uitkomsten uit de intensieve en materiële controle.</li> </ul> <p>De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 de beide verbeterpunten geïmplementeerd worden.</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>8</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	2
<b>D.</b>	<b>Vastlegging signalen</b>		

<sup>8</sup> Hierover vindt nog overleg plaats.

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde 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	1
<b>E.</b>	<b>Managementinformatie</b>		
	<p><b>Norm:</b> Het management van de concessiehouder wordt in 2012 in elk geval maandelijks of per kwartaal aantoonbaar geïnformeerd door middel van periodiek overleg of schriftelijke managementinformatie over de opzet, de voortgang, de resultaten en de vervolgcacties van onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik.</p> <p>Het management van de concessiehouder stuurt aantoonbaar op de voortgang, de uitkomsten en vervolgcacties op het gebied van bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik via periodiek overleg of managementinformatie.</p>	0,5	0,2
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het periodiek (maandelijks dan wel per kwartaal) informeren van het management over de uitgevoerde werkzaamheden.</p> <p>De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 het verbeterpunt geïmplementeerd 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>7,4</b>

Bron: NZa

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

### 2.12.2 Informatieverzoek verbeterpunten Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik

De NZa heeft in haar onderzoek over 2012 geconstateerd dat de concessiehouder zes verbeterpunten 2011 Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik nog niet (geheel) had gerealiseerd. De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2011. Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder deze verbeterpunten in 2013 nagenoeg (nog) niet gerealiseerd heeft.

De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 de verbeterpunten geïmplementeerd worden.

## **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 17. 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	<p><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.</p>	0,5	0,25
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het actueel houden van de procesbeschrijvingen.</p>		
A.2	<p><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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de doelstelling van de controlewerkzaamheden;</li> <li>- het tijdstip van uitvoering, bijvoorbeeld maandelijks;</li> <li>- de omvang van de controlewerkzaamheden;</li> <li>- de selectiewijze van de te controleren posten;</li> <li>- de uit te voeren controlewerkzaamheden.</li> </ul>	1,25	0,25
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het voor aanvang van het controlejaar opstellen en vaststellen van een overall controleplan.</li> <li>- Het in elk (deel)controleplan opnemen van een doelstelling, de timing van controles, het aantal te controleren posten, de selectiewijze en de uit te voeren controlewerkzaamheden.</li> <li>- Het in het controleplan PGB opnemen van analyses op oude PGB vorderingen.</li> </ul>		
A.3	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2013 interne controlewerkzaamheden overeenkomstig het controleplan uitgevoerd.</p> <p>Het uitvoeren van interne controlewerkzaamheden overeenkomstig het controleplan vormt een randvoorwaarde voor een score 'goed' voor deze prestatie-indicator.</p>	1,5	0,75
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het inzichtelijk maken of in voldoende mate voor alle processen controlewerkzaamheden zijn uitgevoerd.</p>		
A.4	<p><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.</p>	1	1
A.5	<p><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.</p>	0,75	0,75
B.	<b>Kwaliteit geautomatiseerde gegevensverwerking</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
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	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken. Tot op heden wordt de blijvende werking van application controls in beperkte mate aangetoond en niet dooreen IT audit.</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	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits.</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	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits voor de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen.</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	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits rondom het change management.</p>		



Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
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 zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits rondom AZR.</p>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>6,25</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.

De NZa heeft aan bepaalde toetsingsaspecten (binnen een prestatie-indicator) een bijzondere waarde toegekend. De betreffende toetsingsaspecten vormen een randvoorwaarde om de prestatie-indicator de waardering 'goed' te krijgen. Verbeterpunten die hierop betrekking hebben worden aangeduid als cruciale verbeterpunten. Deze cruciale verbeterpunten zijn in onderstaande tabellen gearceerd weergegeven

**Tabel 18. Verbeterpunten PI 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB**

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het effectief invulling geven aan de uitvoering van bestandsanalyses. De concessiehouder hanteert de bestandsanalyse alleen voor de controle op individuele wijzigingen en daarmee wordt de bestandsanalyse niet gebruikt als middel om de volledige budgethouder populatie te controleren volgens het controleprotocol van het Zorginstituut Nederland.	Dit verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.  De bestandsanalyse met betrekking tot de opname- en ontslagmelding wordt echter nog niet periodiek uitgevoerd voor de gehele populatie van budgethouders.
2.	Het tijdiger uitvoeren van de intensieve controle.	Dit verbeterpunt is niet meer van toepassing in 2013.
3.	Het treffen van voldoende maatregelen om de kwaliteit van uitvoering van de intensieve controlemaatregelen te waarborgen.	Dit verbeterpunt is niet meer van toepassing in 2013.

Bron: NZa

**Tabel 19. Verbeterpunten PI 9: Monitoring continuïteit zorgverlening**

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1	Het aantoonbaar uitvoeren van een vorm van vervolgactie (zoals genoemd in de prestatiemeting) bij alle rode (en oranje) signalen (variërend van marginaal tot zeer intensief). Alleen bij 'dieprood' is niet voldoende.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
2	Het aantoonbaar bewaken bij onderaanneming van gemaakte afspraken en het verbinden van consequenties aan het niet nakomen daarvan.	Het verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.  De ontvangen onderaannemers contracten worden beoordeeld. Als uit de materiële controle onregelmatigheden blijken, corrigeert de concessiehouder deze en maakt hij verbeterafspraken. De wijze waarop uitbestede zorg wordt uitgevoerd wordt niet anders gemonitord als niet uit besteedde zorg.
3	Het beter vastleggen van informatie waaruit blijkt dat het management direct is geïnformeerd over signalen dat de continuïteit van zorg bij een gecontracteerde aanbieder in gevaar dreigt te komen.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
4	Het expliciet opnemen in de overeenkomst dat bij fusie/samenwerking en uitbesteding de zorgaanbieder tijdige en voldoende informatie verstrekt aan de concessiehouder.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.

Bron: NZa

**Tabel 20. Verbeterpunten PI 10: Materiële controle**

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het tijdig communiceren met de fraude coördinator over de bevindingen uit materiële controle.	Het verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.  De betrokkenheid van de afdeling Speciale zaken bij tenminste de opzet van de risicoanalyse en de evaluatie van de controleresultaten moet verder geprofessionaliseerd worden. Hierbij merkt de NZa op dat er hierin al stappen zijn gezet in 2013 en in 2014.
2.	Het opstellen van een controleplan dat voldoet aan de in de Regeling Controle en administratie AWBZ-verzekeraars gestelde betrouwbaarheids- en nauwkeurigheidseisen. Verder moet het controledoel vooraf worden vastgesteld.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd.  Door de concessiehouder is aangegeven dat dit verbeterpunt nader is uitgewerkt in het materiële controleplan 2014.
3.	Het tijdig uitvoeren van het controleplan en het inzetten van het instrument enquête.	Het verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.  Het tijdig uitvoeren van het controleplan is niet gerealiseerd in 2013. Niet alle geplande controles zijn uitgevoerd.
4.	Het verbinden van financiële consequenties aan geconstateerde bevindingen in lijn met de doelstelling voor uitvoering van materiële controle. De concessiehouder maakt ook onvoldoende afwegingen voor het inzetten van beschreven consequenties in het plan van aanpak.	Het verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.  Het verbeterpunt is opgepakt in 2013 maar moet nog nader uitgewerkt worden.

Bron: NZa

**Tabel 21. Verbeterpunten PI 11: Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik**

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het zodanig inrichten van de organisatie dat fraudesignalen (PGB en zorg in natura) op structurele basis met de fraudecoördinator worden besproken.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd. De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 dit verbeterpunt geïmplementeerd wordt.
2.	Het beschikken over een plan van aanpak en risicoanalyse voor zorg in natura.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd. De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 dit verbeterpunt geïmplementeerd wordt.
3.	Het onderzoeken van bevindingen op terrein van zorg in natura.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd. De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 dit verbeterpunt geïmplementeerd wordt.
4.	Het ook melden van vermoedens van fraude op het terrein van zorg in natura aan de afdeling Speciale zaken.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd. De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 dit verbeterpunt geïmplementeerd wordt.
5.	Het doen van aangifte bij de politie of het OM indien na onderzoek is vastgesteld dat er sprake is van zorgfraude.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd. De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 dit verbeterpunt geïmplementeerd wordt.
6.	Het periodiek (maandelijks dan wel per kwartaal) informeren van het management over de uitgevoerde werkzaamheden.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd. De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 dit verbeterpunt geïmplementeerd wordt.

Bron: NZa

**Tabel 22. Verbeterpunten PI 12: Administratieve organisatie en interne beheersing**

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het updaten van de Risicomatrixen en hierbij de opmerkingen van Internal Audit over de complexiteit van de matrixen en de formulering van de risico's en beheersingsmaatregelen meenemen.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het in het controleplan voor de kwaliteitscontroles PGB opnemen van analyses op oude PGB vorderingen.	Het verbeterpunt is (nog) niet gerealiseerd. Wel zijn verbeteringen doorgevoerd in het 'controlehuis'.
3.	Het inzichtelijk maken wanneer de controleplannen zijn opgesteld (specifiek ten behoeve van het controleplan klassiek) en voor aanvang van het controlejaar de controleplannen gereed hebben (specifiek ten behoeve van het controleplan PGB).	Het verbeterpunt is (nog) niet gerealiseerd. Wel zijn verbeteringen doorgevoerd in het 'controlehuis'.
4.	Het opstellen van een overall controleplan waarin alle controles staan beschreven voor alle AWBZ schades. De kwaliteitscontroles zijn nu alleen gericht op rolstoelpooling, overige hulpmiddelen, tandheelkunde, bruikleen en verkeerd bed (klassiek) en PGB en gaan niet in op zorg met en zonder verblijf en dagbesteding en vervoer.	Het verbeterpunt is (nog) niet gerealiseerd. Wel zijn verbeteringen doorgevoerd in het 'controlehuis'.
5.	Het inzichtelijk maken of in voldoende mate voor alle processen (waaronder zorg met en zonder verblijf en dagbesteding en vervoer) controlewerkzaamheden zijn uitgevoerd.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
6.	Het meenemen van de bevindingen vanuit de controlewerkzaamheden op zorg met en zonder verblijf en dagbesteding en vervoer bij de totale evaluatie van de bevindingen.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.
7.	Het in de managementinformatie opnemen van informatie over de controlewerkzaamheden op zorg met en zonder verblijf en dagbesteding en vervoer.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
8.	Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken. Op dit moment wordt dit in beperkte mate aangetoond en niet aangetoond door een IT audit. De aantoonbaarheid is hierdoor beperkt.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd. Voor drie belangrijke applicaties wordt niet door een IT audit aangetoond dat de application controls blijvend werken.

Bron: NZa

### 3.2 Opvolging verbeterpunten 2011

Ook heeft de NZa in het rapport uitvoering AWBZ 2012 de opvolging van de verbeterpunten 2011 beoordeeld. Indien de verbeterpunten 2011 niet (geheel) gerealiseerd waren dan heeft de NZa hiervoor maatregelen (verscherpt toezicht) opgelegd. De NZa heeft hiervoor een informatieverzoek gedaan aan de concessiehouder.

Univé Zorgkantoor B.V. moest de NZa periodiek informeren over de realisatie van de niet opgevolgde verbeterpunten 2011. De hierbij gehanteerde rapportagedata waren 15 april en 15 juli 2014. De NZa heeft

hiertoe een informatieverzoek gedaan op basis van art. 61 Wmg. Als de concessiehouder bij het opvolgen van het verbeterpunt te weinig voortgang boekt, overweegt de NZa haar instrumenten in te zetten.

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

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

Nr.	Verbeterpunten 2011	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het gebruik van het controle instrument van de enquête: de concessiehouder past dit instrument voor de uitvoering van de materiële controle niet toe.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het zich beter verantwoorden over de ingestelde vervolgacties. Er moet beter in beeld worden gebracht wat de afweging is voor vervolgacties. Een belangrijk verbeterpunt hierbij is het instellen van financiële correcties naar aanleiding van de materiële controles.	Het verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd. Het verbeterpunt is opgepakt in 2013 maar moet nog nader uitgewerkt worden voor wat betreft het instellen van financiële correcties naar aanleiding van de materiële controles.

Bron: NZa

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

Nr.	Verbeterpunten 2011	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het zelfstandig bepalen van de noodzaak tot instellen van onderzoeken op risicogebieden in de AWBZ.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd. De concessiehouder geeft aan dat de risicoanalyse voor zorg in natura in de afrondende fase zit; zodra deze definitief is wordt een plan van aanpak opgesteld om acties uit te zetten.
2.	Het opstellen van een actueel en gestructureerd plan van aanpak en risicoanalyse gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ, voor wat betreft zorg in natura.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd. De concessiehouder geeft aan dat de risicoanalyse voor zorg in natura in de afrondende fase zit; zodra deze definitief is wordt een plan van aanpak opgesteld om acties uit te zetten.
3.	Het aantoonbaar inzetten van instrumenten voor bestands- en systeemvergelijkingen. De concessiehouder kent nog geen automatiseringstools voor datamining.	Het verbeterpunt is niet gerealiseerd. Voor PGB bestaan verband-/plausibiliteitscontroles, voor zorg in natura echter niet. Voor de AWBZ is nog geen datamining in ontwikkeling.
4.	Het betrekken van de coördinator fraudebestrijding bij uitkomsten uit de intensieve en materiële controle.	De concessiehouder heeft dit verbeterpunt nog niet gerealiseerd is.
5.	Het doen van aangifte bij politie of OM indien na onderzoek is vastgesteld dat er sprake is van zorgfraude.	De concessiehouder heeft dit verbeterpunt nog niet gerealiseerd.
6.	Het aantoonbaar informeren van het management van het zorgkantoor over de opzet, resultaten en vervolgacties van onderzoeken.	Het verbeterpunt is niet geheel gerealiseerd. Alleen vanuit de M&O registratie PGB wordt het management geïnformeerd. Het management wordt niet geïnformeerd over de status van lopende of afgehandelde fraudedossiers bij de afdeling Speciale zaken.

Bron: NZa



De concessiehouder heeft aangegeven dat vanaf 2014 de verbeterpunten bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik (met uitzondering van datamining) geïmplementeerd worden.



## 4. Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2013

### 4.1 Inleiding

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

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

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

### 4.2 Wettelijke reserve en beheerskosten 2013

#### 4.2.1 Inleiding

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

#### 4.2.2 Aanwijzing wettelijke reserve AWBZ

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

#### 4.2.3 Bevindingen

##### *Opvolging onderzoek 2012*

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

##### *Beheerskosten*

In tabel 25 zijn de kerngegevens opgenomen over de beheerskosten en de wettelijke reserve AWBZ.

Het in de financiële verantwoording opgenomen budget beheerskosten sluit aan op de beschikkingen van het Zorginstituut Nederland.

**Tabel 25. Beheerskosten en wettelijke reserve AWBZ**

Kerngegevens concessiehouder	2013	2012
Budget beheerskosten AWBZ boekjaar (x € 1.000)	6.156	6.317
Beheerskosten AWBZ boekjaar (x € 1.000)	5.791	6.573
Budgetresultaat beheerskosten AWBZ boekjaar (x €1.000)	365	-/- 256
Wettelijke reserve AWBZ ultimo jaar (x € 1.000)	211	-/- 186
Mutatie beheerskosten ten opzichte van voorgaand jaar in %	-/- 11,9%	-/- 2,3%
Wettelijke reserve AWBZ als percentage van het budget beheerskosten	3,4%	-/- 2,9%

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

De beheerskosten zijn in 2013 ten opzichte van 2012 met 11,9% gedaald (€ 782.000). Onderdeel van de beheerskosten 2012 waren de kosten die de concessiehouder heeft gemaakt in de voorbereiding voor de AWBZ voor eigen verzekerden (UAZ). In 2013 zijn voor dit project geen kosten meer gemaakt waardoor de werkelijke beheerskosten lager zijn dan in 2012.

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

De NZa heeft over 2013 geen onrechtmatigheden of onzekerheden over de rechtmatigheid van de beheerskosten geconstateerd.

#### *Deelbudget UAZ 2012*

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

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

#### *Wettelijke reserve AWBZ*

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2013 bedraagt € 211.000 (31 december 2012: € 186.000 negatief). Over 2013 heeft de concessiehouder een positief resultaat op de beheerskosten kunnen realiseren waardoor de wettelijke reserve ultimo 2013 positief is. De wettelijke reserve AWBZ ultimo 2012 was negatief.

De concessiehouder heeft correcties 2012 inzake schaden PGB ten laste van de wettelijke reserve AWBZ gebracht voor een bedrag van € 15.000. De correctie die betrekking heeft op PGB schaden moet worden verantwoord onder de schaden subsidie PGB-AWBZ en niet onder de wettelijke reserve AWBZ.

De concessiehouder moet het bedrag van € 15.000 in de financiële verantwoording 2014 corrigeren.

De concessiehouder heeft in 2013 een bescheiden rendement toegerekend aan de reserve AWBZ. Gezien de lage rentestand is het gehanteerde rendementspercentage acceptabel.

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

#### **4.2.4 Oordeel NZa**

De NZa concludeert dat de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten over 2013 van € 5.791.000 rechtmatig zijn. Ten laste van de wettelijke reserve AWBZ is een correctie 2012 inzake PGB schaden voor een bedrag van € 15.000 verantwoord. Dit is onjuist. De concessiehouder moet dit corrigeren in zijn financiële verantwoording 2014.

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

### **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 26 zijn de kerngegevens opgenomen over de bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ.

**Tabel 26. Bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ**

Kerngegevens concessiehouder	2013 (x € 1.000)	2012 (x € 1.000)
<b>Bedrijfsopbrengsten AWBZ:</b>		
Vergoeding zorgaanpakken	818.113	820.455
Budget beheerskosten AWBZ	6.186 <sup>9</sup>	6.317
Overige (rente) opbrengsten	2	17
Vergoeding AFBZ rechtstreeks met het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) te verrekenen kosten en opbrengsten (saldo)	16	229
Subsidies PGB-AWBZ	79.651	78.660
Overige opbrengsten en vergoedingen van derden	1	-97
Totaalbedrag bedrijfsopbrengsten AWBZ	<b>903.969</b>	<b>905.581</b>
<b>Schaden AWBZ:</b>		
Totaal schaden AWBZ exclusief subsidies	818.130 <sup>10</sup>	821.077
Totaalbedrag schaden subsidies PGB-AWBZ	79.651	78.660
Totaalbedrag schaden AWBZ	<b>897.781</b>	<b>899.737</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 (€ 824.318.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 818.130.000) over 2013 rechtmatig zijn, met uitzondering van de hierna opgenomen onrechtmatigheden over de rechtmatigheid.

De NZa heeft geen rol in de vaststelling van de rechtmatigheid van de subsidieopbrengst PGB-AWBZ en de schaden subsidie PGB-AWBZ omdat voor deze posten een afzonderlijke subsidieverantwoording en accountantsverklaring moet worden ingediend. Voor het PGB beoordeelt de NZa uitsluitend de procedurele rechtmatigheid.

#### 4.3.3 Onrechtmatigheden in de verantwoording 2013

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2013 onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ zijn geconstateerd ten aanzien van de uitgevoerde materiële controles voor een bedrag van € 148.000.

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

#### 4.3.4 Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2013

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2013 geen onzekerheden over de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven bestaan.

<sup>9</sup> Dit is het budget beheerskosten inclusief de afrekening beheerskosten voorgaande jaren (€ 30.000) welke in de financiële verantwoording 2013 onder de schaden AWBZ is gerubriceerd.

<sup>10</sup> Dit zijn de schaden AWBZ exclusief de afrekening beheerskosten voorgaande jaren van € 30.000.

## 4.4 Opvolging onderzoek 2012

### *Opvolging onrechtmatigheden 2012*

De NZa heeft in het vorige onderzoek geconcludeerd dat over 2012 onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ zijn geconstateerd ten aanzien van de kwaliteitscontroles PGB voor een bedrag van € 15.000. De concessiehouder heeft deze fouten gecorrigeerd in de financiële verantwoording 2013 in de wettelijke reserve beheerskosten AWBZ. Dit is een onjuiste rubricering van de correctie. De correctie moet worden verantwoord onder de schaden subsidie PGB-AWBZ en niet onder de wettelijke reserve AWBZ. De concessiehouder moet dit in de financiële verantwoording 2014 corrigeren.

### *Opvolging onzekerheden 2012*

De NZa heeft het vorige onderzoek geconstateerd dat de financiële verantwoording van de concessiehouder over 2012 onzekerheden over de rechtmatigheid bevatte met betrekking tot lopende zaken bij Speciale zaken en Kwaliteitscontroles PGB. De concessiehouder moest onderzoek doen naar de rechtmatigheid van deze in 2012 verantwoorde uitgaven. De NZa heeft bij haar onderzoek over 2013 geconstateerd dat de concessiehouder dit heeft uitgezocht en gecorrigeerd in de financiële verantwoording waardoor het onderzoek 2012 op dit punt is afgedaan.





## 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 Klachtenbehandeling (PI 3): In de verantwoordingsinformatie geeft de concessiehouder alleen aan dat PGB klachten niet tot veranderingen in procedures hebben geleid. Of overige klachten tot verbeteracties hebben geleid is echter niet duidelijk op basis van de verantwoordingsinformatie.
- Prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening (PI 6): de wijze van toepassing van de landelijke Leidraad Ketenzorg Dementie wordt niet expliciet genoemd.

### 5.5 Bestuurlijke verantwoording

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

- Prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget (PI 8): over de volgende onderdelen heeft de concessiehouder zich niet afdoende verantwoord:
  - de stand van zaken per eind december 2013 ten opzichte van de geplande bezoeken is niet opgenomen voor de huisbezoeken;
  - de geconstateerde fouten in de foutevaluatie en of naar aanleiding van deze foutevaluatie vervolgacties zijn ondernomen. Als de concessiehouder bepaalde in het Controle- en incassoprotocol vereiste controles niet heeft uitgevoerd, moet de concessiehouder beschrijven welke controles dat betreft en wat de reden is voor het niet uitvoeren van die controles;
  - het beleid van afboekingen;

- de omvang van de in 2013 afgeboekte bedragen ten laste van de subsidieregeling, uitgesplitst naar de subsidiejaren waarop zij betrekking hebben en het aandeel hierin van de oninbaar gebleken incassokosten;
  - niet vermeld is het bedrag van het in het boekjaar gerealiseerde financieel rendement op tijdelijk overtollige middelen PGB en onder welke post de concessiehouder dit bedrag heeft verantwoord in de exploitatierekening.
- Prestatie-indicator Materiële controle (PI 10): over de volgende onderdelen heeft de concessiehouder zich niet afdoende verantwoord:
- de aansluiting van het controleplan met de Regeling zorgverzekering (artikelen 7.5 tot en met 7.9);
  - de aansluiting van het controleplan op het Protocol Materiële Controle van Zorgverzekeraars Nederland;
  - de in het controleplan opgenomen bepalingen over de wijze van omgang met geconstateerde onregelmatigheden;
  - de vorm en periodiciteit van de berichtgeving aan het management over voortgang, uitkomsten en vervolgacties van materiële controles.

## 5.6 Financiële verantwoording

De financiële verantwoording is volledig en grotendeels is opgesteld volgens het model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2013.

De concessiehouder heeft de afrekening beheerskosten AWBZ oude jaren verwerkt in de schaden AWBZ. Dit is een onjuiste rubricering. De afrekeningen beheerskosten oude jaren dienen verwerkt te worden in de post budget beheerskosten.

De concessiehouder heeft de correcties PGB schaden als directe mutatie verwerkt in de wettelijke reserve AWBZ. Dit is een onjuiste rubricering. De correcties PGB dienen verwerkt te worden in de schaden subsidie PGB-AWBZ.

## 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.