

Rapport

Uitvoering AWBZ 2014

Concessiehouder

Achmea Zorgkantoor N.V.

November 2015

Inhoud

1. Samenvatting	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Opzet onderzoek 2014	8
1.3 Samenvattend oordeel uitvoering 2014	9
1.3.1 Uitvoering AWBZ 2014	9
1.3.2 Voldoende processen 2014	10
1.3.3 Overige verbeterpunten	11
1.4 Opvolging verbeterpunten	12
1.4.1 Opvolging verbeterpunten 2013	12
1.4.2 Opvolging verbeterpunten 2012	14
1.5 Oordeel NZa over de rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014	14
1.5.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2014	14
1.5.2 Opvolging onderzoek 2013 Wettelijke reserve en beheerskosten	15
1.5.3 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ 2014	15
1.5.4 Opvolging onderzoek 2013 bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ	16
1.5.5 Opvolging onderzoek 2012 bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ	16
1.5.6 Opvolging onderzoek 2011 bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ	16
1.6 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014	16
1.7 Tijdigheid verantwoordingsinformatie 2014	16
2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2014	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Prestatie-indicator 1: Zorg in natura	18
2.2.1 Prestatiemeting Zorg in natura	18
2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura	27
2.3 Prestatie-indicator 2: Persoonsgebonden budget	30
2.3.1 Prestatiemeting Persoonsgebonden budget	30
2.3.2 Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Persoonsgebonden budget	34
2.4 Prestatie-indicator 3: Klachtenbehandeling	35
2.4.1 Prestatiemeting Klachtenbehandeling	35
2.4.2 Verdiepende vragen onderzoek Klachtenbehandeling	38
2.4.3 Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Klachtenbehandeling	38
2.5 Prestatie-indicator 4: Contracteerproces	39
2.5.1 Prestatiemeting Contracteerproces	39
2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces	43
2.6 Prestatie-indicator 5: Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	44
2.6.1 Prestatiemeting Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	44
2.6.2 Verdiepende vragen onderzoek Doelmatige zorglevering binnende contracteerruimte	46
2.7 Prestatie-indicator 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening	46
2.7.1 Prestatiemeting Innovatie en kwaliteit zorgverlening	46
2.7.2 Verdiepende vragen onderzoek Innovatie en kwaliteit zorgverlening	48
2.8 Prestatie-indicator 7: Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	49

2.8.1	Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	49
2.8.1.1	Reactie concessiehouder	53
2.8.1.2	Reactie NZa	53
2.8.2	Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	53
2.8.3	Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	54
2.9	Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB	55
2.9.1	Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor PGB	55
2.9.2	Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB	59
2.9.3	Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor PGB	60
2.10	Prestatie-indicator 9: Monitoring continuïteit zorgverlening	61
2.10.1	Prestatiemeting Monitoring continuïteit zorgverlening	61
2.10.2	Verdiepende vragen onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening	64
2.11	Prestatie-indicator 10: Materiële controle	67
2.11.1	Prestatiemeting Materiële controle	67
2.11.1.1	Reactie concessiehouder	70
2.11.1.2	Reactie NZa	71
2.11.2	Informatie verzoek cruciale verbeterpunten Materiële controle	71
2.12	Prestatie-indicator 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	73
2.12.1	Prestatiemeting Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	73
2.12.1.1	Reactie concessiehouder	76
2.12.1.2	Reactie NZa	77
2.12.2	Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	78
2.13	Prestatie-indicator 12: Administratieve organisatie en interne beheersing	79
2.13.1	Prestatiemeting Administratieve organisatie en interne beheersing	79
2.13.2	Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Administratieve organisatie en interne beheersing	81
3.	Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken	83
3.1	Opvolging verbeterpunten 2013	83
3.2	Opvolging verbeterpunten 2012	89
4.	Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014	93
4.1	Inleiding	93
4.2	Wettelijke reserve en beheerskosten 2014	93
4.2.1	Inleiding	93
4.2.2	Bevindingen	93
4.2.3	Oordeel NZa	95
4.2.4	Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2014	95
4.2.5	Opvolging onderzoek 2013	95
4.3	Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ 2014	96
4.3.1	Inleiding	96
4.3.2	Bevindingen	96
4.3.3	Oordeel NZa	98
4.3.4	Onrechtmatigheden in de verantwoording 2014	98
4.3.5	Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2014	98
4.3.6	Opvolging onderzoek 2013	98
4.3.7	Opvolging onderzoek 2012	98

4.3.8	Opvolging onderzoek 2011	99
5.	Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014	101
5.1	Inleiding	101
5.2	Tijdigheid	101
5.3	Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken	101
5.4	Uitvoeringsverslag	101
5.5	Bestuurlijke verantwoording	101
5.6	Financiële verantwoording	102
5.7	Accountantsproducten	102

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 over 2014.

Waar in dit rapport gesproken wordt over concessiehouder wordt in voorkomende gevallen ook de rechtsopvolger van de concessiehouder, zijnde de betreffende Wlz-uitvoerder bedoeld.

De concessiehouder Achmea Zorgkantoor N.V. voert de AWBZ uit voor de volgende zorgregio's:

- Drenthe;
- Flevoland;
- Kennemerland;
- Rotterdam;
- Zaanstreek/Waterland;
- Zwolle.

Met de inwerkingtreding van de Wet langdurige zorg (Wlz) per 1 januari 2015 is de uitvoeringsstructuur van de AWBZ/Wlz substantieel gewijzigd.

De NZa is op grond van artikel 16 Wmg, per 1 januari 2015 belast met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz.

De NZa vindt het van het grootste belang dat de uitvoering van de Wlz in 2015 zo snel mogelijk op orde is. De NZa verwacht van de Wlz-uitvoerders dat zij zich maximaal inspannen om hun processen zodanig aan te passen dat zij Wlz-proof zijn. Dat laat onverlet dat zij het jaar 2014 goed moeten afsluiten. Consumenten moeten de zekerheid hebben dat de AWBZ in 2014 goed is uitgevoerd en de Wlz in 2015.

De NZa heeft de beoordeling uitgevoerd op basis van een vooraf vastgesteld normenkader. Dit normenkader is opgenomen in het protocol Prestatiemeting AWBZ 2014. In dit protocol licht de NZa de toepassing van de prestatie-indicatoren en het bijbehorende normenkader toe.

Met dit rapport voert de NZa een aan haar bij wet opgelegde taak uit, dit volgt uit artikel 16 Wmg. Het is in het belang van een goede en democratische bestuursvoering dat het publiek inzage heeft in de wijze waarop publieke middelen worden besteed en de wijze waarop de toezichthouder hier toezicht op uitoefent. Dit volgt uit artikel 8 van de Wet openbaarheid van bestuur (Wob). De door ons gevolgde procedure voldoet aan de vereisten voor actieve openbaarmaking, zoals voorgeschreven in de Wob.

Wij hebben Achmea Zorgkantoor N.V. in de gelegenheid gesteld tijdens de formele hoor om een zienswijze te geven over de openbaarmaking van het Rapport Uitvoering AWBZ 2014 en van de uitkomsten van het onderzoek in het Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2014.

De concessiehouder heeft geen zienswijze gegeven.

1.2 Opzet onderzoek 2014

Vanwege de invoering van de Wlz per 1 januari 2015 is het accent van het onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2014 gelegd op:

- Het onderzoeken van de invulling van de outcome gerichte indicatoren, die in samenwerking met de concessiehouders en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor de prestatiemeting 2014 zijn geformuleerd.
- Het onderzoeken van de prestatie-indicatoren, voor zover die ook voor de Wlz van wezenlijk belang zijn.
- Het in het (verdiepende) onderzoek 2014 leggen van de nadruk op de invoering van de Wlz per 1 januari 2015 en de hiermee gepaard gaande veranderingen in de uitvoering.
- Het onderzoeken van de opvolging van de in het rapport 2013 opgenomen verbeterpunten, met het oog op doorwerking daarvan in de prestaties in 2014 en de jaren daarna.

De te onderzoeken prestatie-indicatoren raken de drie prestatievelden: service aan cliënten, zorginkoop- en contractering en moderne administratieve organisatie.

De volgende twee prestatie-indicatoren zijn integraal onderzocht:

- Materiële controle (PI 10);
- Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik (PI 11).

De volgende tien prestatie-indicatoren zijn gedeeltelijk onderzocht:

- Zorg in natura (PI 1);
- Persoonsgebonden budget (PI 2);
- Klachtenbehandeling (PI 3);
- Contracteerproces (PI 4);
- Doelmatige zorgverlening binnen de contracteerruimte (PI 5);
- Innovatie en kwaliteit zorgverlening (PI 6);
- Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura (PI 7);
- Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget (PI 8);
- Monitoring continuïteit zorgverlening (PI 9);
- Administratie organisatie en interne beheersing (PI 12).

Daarnaast heeft de NZa verdiepende vragen gesteld die gerelateerd zijn aan de uitvoering van de Wlz per 1 januari 2015. De verdiepende vragen richten zich onder andere op de consequenties voor de continuïteit van zorgverlening als gevolg van de extramuralisering van AWBZ-zorg en de overheveling van AWBZ-zorg naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verder legt de NZa in het verdiepend onderzoek meer nadruk op doelmatigheidsaspecten.

In Hoofdstuk 2. 'Onderzoek uitvoering AWBZ 2014' is uitsluitend aandacht besteed aan de beoordeelde toetsingselementen en de opvolging van de verbeterpunten. De toetsingsaspecten die niet zijn beoordeeld of waarvoor de concessiehouder geen verbeterpunt had in 2013 zijn niet opgenomen in Hoofdstuk 2. 'Onderzoek uitvoering AWBZ 2014'.

In de praktijk worden concessiehouders geconfronteerd met diverse uitvoeringsaspecten die te maken hebben met de invoering van de Wlz.

De NZa heeft deze knelpunten geïnventariseerd en daarbij in beeld gebracht hoe deze knelpunten zijn opgepakt.

Het onderzoek Uitvoering AWBZ 2013 heeft geleid tot informatieverzoeken in verband met het niet (geheel) opvolgen van cruciale verbeterpunten 2012 en de saldi openstaande vorderingen PGB. De NZa heeft de opvolging van de informatieverzoeken tussentijds gevolgd en bij het reguliere onderzoek over 2014 onderzocht.

Tot slot heeft de NZa, evenals voorgaande jaren, 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.

De NZa zal de finale afwikkeling van de uitgaven en ontvangsten van de AWBZ de komende jaren nauwlettend volgen.

Verder heeft de NZa 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 2014

1.3.1 Uitvoering AWBZ 2014

Tabel 1. 'Samenvattend oordeel over uitvoering AWBZ in 2014' vermeldt, indien van toepassing, de maximaal te behalen score, de behaalde score en het oordeel.

Tabel 1. Samenvattend oordeel over uitvoering AWBZ in 2014

Prestatie-indicatoren AWBZ	Paragraaf	Oordeel 2014 ¹	Maximale score 2014	Score 2014
Prestatieveld 1: Service aan cliënten				
1. Zorg in natura	Zie paragraaf 2.2.1	n.v.t.	2,75	2,65
2. Persoonsgebonden budget	Zie paragraaf 2.3.1.	n.v.t.	8	6,9
3. Klachtenbehandeling	Zie paragraaf 2.4.1	n.v.t.	6,25	5,75
Prestatieveld 2: Zorginkoop en contractering				
4. Contracteerproces	Zie paragraaf 2.5.1	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
5. Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	Zie paragraaf 2.6.1	n.v.t.	2	1
6. Innovatie en kwaliteit zorgverlening	Zie paragraaf 2.7.1	n.v.t.	6	6
Prestatieveld 3: Moderne administratieve organisatie				
7. Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura	Zie paragraaf 2.8.1	n.v.t.	7,5	4
8. Administratie op verzekerdeniveau voor Persoonsgebonden budget	Zie paragraaf 2.9.1	n.v.t.	7	7
9. Monitoring continuïteit zorgverlening	Zie paragraaf 2.10.1	n.v.t.	2,75	2,75
10. Materiële controle	Zie paragraaf 2.11.1	V	10	7,5
11. Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	Zie paragraaf 2.12.1	V	10	6,75
12. Administratieve organisatie en interne beheersing	Zie paragraaf 2.13.1	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Totaal			62,25	50,30

Bron: NZa

In tabel 1 heeft de NZa de score opgenomen van de onderzochte prestatie-indicatoren AWBZ 2014. De NZa heeft twee prestatie-indicatoren integraal beoordeeld. Dit zijn de prestatie-indicatoren Materiële controle en Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik. Bij de overige prestatie-indicatoren is de opvolging van de verbeterpunten 2013 beoordeeld en zijn de prestatie-indicatoren gedeeltelijk beoordeeld. Bij twee prestatie-indicatoren zijn uitsluitend de opvolging van de verbeterpunten 2013 beoordeeld. Dit betreffen de prestatie-indicatoren Contracteerproces en Administratieve organisatie en interne beheersing. Aan de integraal beoordeelde prestatie-indicatoren is een oordeel goed, voldoende of onvoldoende gegeven.

1.3.2 Voldoende processen 2014

Achmea Zorgkantoor N.V. heeft de processen Materiële controle en Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik op voldoende wijze uitgevoerd. Voor deze processen moet de concessiehouder de volgende verbeterpunten doorvoeren:

¹ G = goed, V = voldoende, O = onvoldoende.

Tabel 2. Verbeterpunten 2014 voldoende processen

Verbeterpunten 2014	
1.	<p><i>Materiële controle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het tijdig vaststellen en openbaar maken van het algemeen controleplan (voorafgaande aan het betreffende controlejaar. De concessiehouder geeft aan het controleplan 2015 voorafgaand aan het kalenderjaar 2015 te hebben gepubliceerd. – Het opnemen van specifieke bepalingen inzake bescherming persoonsgegevens in het controleplan materiële controle 2016. – Het aantoonbaar vastleggen van een aantal stappen in het proces materiële controle en welke afwegingen hierbij in welke fase van het proces gemaakt moeten worden: <ul style="list-style-type: none"> – het aantoonbaar vastleggen hoe de afweging gemaakt moet worden of uitkomsten aanleiding geven tot bijstelling van het controleplan of het verrichten van aanvullende werkzaamheden; – het aantoonbaar vastleggen hoe omgegaan moet worden met onzekerheden; – het aantoonbaar vastleggen wanneer terugvordering en/of vervolgstappen noodzakelijk zijn. – Het nog meer aantoonbaar vastleggen van de inbreng van de verschillende organisatieonderdelen in het uitvoeren van de risicoanalyse. De inbreng is in 2014 sterk verbeterd. De concessiehouder heeft aangegeven dat dit in 2015 nog verder is verbeterd. – Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die is gemaakt om te bepalen welke controlemiddelen voor de verschillende gedefinieerde categorieën zorgaanbieders worden ingezet (ook in het kader van proportionaliteit en subsidiariteit). – Het duidelijk vastleggen van overwegingen waarom welke vervolgacties worden ingesteld na constatering van onregelmatigheden. – Het duidelijk vastleggen van uitkomsten van de materiële controles zodat verantwoording en toetsing mogelijk is.
2.	<p><i>Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergroten van de personele capaciteit voor het uitvoeren van fraudeonderzoeken, waardoor de werkdruk op de afdeling Speciale zaken acceptabel wordt. Een aandachtspunt is om naast financieel/juridische deskundigheid het team uit te breiden met sociaal wetenschappelijke disciplines. – Het expliciet opnemen van verwijzingen naar onderstaande protocollen in het fraude jaarplan: <ul style="list-style-type: none"> – protocol verzekeraars & criminaliteit; – gedragscode verwerking persoonsgegevens Zorgverzekeraars; – gedragscode goed zorgverzekeraarschap; – convenant aanpak verzekeringsfraude. – Het opnemen van een transparante risicoanalyse in het fraude jaarplan dat gericht is op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. – Het verbeteren van de dossiervastlegging zodat de onderzoekswijze en diepgang duidelijk is. – Het zichtbaar vastleggen van de interne review op uitgevoerde fraudedossiers. – Het verkorten van de doorlooptijd door vergroten van de onderzoekscapaciteit. – Het verder operationaliseren van de SAS-tool voor het genereren van nieuwe leads. – Het verbeteren van de toelichting bij de cijfermatige rapportage. – Het opnemen van de voortgang in realisatie van de jaardoelen als onderdeel van de managementinformatie.

Bron: NZa

De concessiehouder moet de verbeterpunten 2014 realiseren en zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2015. Dit is ook van toepassing op de verbeterpunten die verder in het rapport worden benoemd.

1.3.3 Overige verbeterpunten

Voor de processen die niet volledig zijn onderzocht heeft de NZa in Hoofdstuk 2. 'Onderzoek uitvoering AWBZ 2014' verbeterpunten opgenomen. Deze verbeterpunten zijn niet in de samenvatting opgenomen. De NZa vindt deze verbeterpunten ook belangrijk en zal de realisatie daarvan tijdens het volgende onderzoek beoordelen. De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren en zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie 2015.

De NZa heeft de verbeterpunten met het management van de concessiehouder besproken tijdens de afstemming van het conceptrapport.

1.4 Opvolging verbeterpunten

1.4.1 Opvolging verbeterpunten 2013

In het rapport uitvoering AWBZ 2013 heeft de NZa verbeterpunten opgenomen als de concessiehouder op de betreffende prestatie-indicator een onvoldoende of een voldoende heeft gerealiseerd. De opvolging van deze verbeterpunten is opgenomen in Hoofdstuk 3. 'Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken'. In tabel 3 zijn de verbeterpunten 2013 opgenomen die de concessiehouder nog niet (geheel) heeft gerealiseerd.

Achmea Zorgkantoor N.V. heeft de volgende verbeterpunten niet (geheel) gerealiseerd:

Tabel 3. Opvolging verbeterpunten 2013

Verbeterpunten 2013 die niet (geheel) gerealiseerd zijn	
1.	<p><i>Persoonsgebonden budget:</i> Het vermelden in de brieven die bij het verantwoordingsformulier over het tweede half jaar zijn verzonden van de mogelijkheid om het verantwoordingsformulier in te dienen via de website van de Sociale Verzekeringsbank.</p>
2.	<p><i>Klachtenbehandeling:</i> Het in de klachtenafhandelingsbrief ingaan op alle elementen van de klacht, ook op de door de klager genoemde bedragen.</p>
3.	<p><i>Contracteerproces:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het niet beperken van een voorlichtingsbijeenkomst voor cliëntenraden voor het gehele werkgebied. - Het jaarlijks opstellen van een regiovisie met aandacht voor regionale ontwikkelingen onder andere als gevolg van overheidsbeleid.
4.	<p><i>Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte:</i> Het ervoor zorgdragen dat de onderproductie op de herschikkingsafpraak wordt teruggedrongen.</p>
5.	<p><i>Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het in de overeenkomst voor het volgende contractjaar en/of in een begeleidend schrijven de bevoorschottingssystematiek toelichten, inclusief eventuele toe te passen wijzigingen in de loop van het jaar. - Het in de overeenkomst voor het volgende jaar voorzien in een maandelijks aan te passen voorschot dat volledig meebeweegt met de werkelijke productie AW319 t-3. - Het opstellen van een duidelijke managementrapportage waarin naast volledigheid ook kerngegevens zijn opgenomen over de tijdige indiening van de declaraties en over de juistheid, zodat het management tijdig kan bijsturen. - Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting in periode t zodat de werkelijke productie AW319 van t-3 volledig wordt gevolgd.
6.	<p><i>Materiële controle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het tijdig vaststellen en openbaar maken van het algemeen controleplan (voorafgaande aan het betreffende controlejaar). - Het aantoonbaarder vastleggen van een aantal stappen (zie paragraaf 2.11) in het proces materiële controle en welke afwegingen hierbij in welke fase van het proces gemaakt moeten worden. - Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die is gemaakt om te bepalen welke controlemiddelen voor de verschillende gedefinieerde categorieën zorgaanbieders worden ingezet (ook in het kader van proportionaliteit en subsidiariteit). - Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die gemaakt wordt bij de analyse van de uitkomsten van de materiële controles en wat dit betekent voor de controleaanpak / risicoanalyse. materiële controles en wat dit betekent voor de controleaanpak / risicoanalyse.
7.	<p><i>Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het afronden van het op peil brengen van de personele bezetting. - Het borgen dat procedures en protocollen worden nageleefd. - Het vastleggen van signalen in 2014 die zelf gegenereerd zijn vanuit de risicomatrix, zorginkoop en materiële controle. - Het aanpassen c.q. uniformeren van managementrapportages, waardoor eventuele noodzakelijke bijsturing mogelijk en inzichtelijk wordt.
8.	<p><i>Administratieve organisatie en interne beheersing:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het opstellen en vaststellen van een controleplan voorafgaand aan het controlejaar. - Het verbeteren van de audittrail in het controleplan zodat duidelijker de samenhang blijkt tussen de risicoanalyse, de aanwezige mitigerende maatregelen, de restrisico's, de uit te voeren controlewerkzaamheden, de selectiewijze en de rapportagestructuur. - Het volledig voldoen aan de artikelen 5 en 6 van de Regeling Controle AWBZ Administratie AWBZ verzekeraars (inclusief het onderdeel privacy). - Het gespreid over en gedurende het boekjaar uitvoeren van controles zodat bijsturing tijdens het boekjaar kan plaatsvinden (vooral formele en materiële controles). - Het vaststellen van de opzet, het bestaan en de blijvend juiste werking van de application controls.

Bron: NZa

De overige verbeterpunten zijn wel op voldoende wijze opgepakt. De concessiehouder moet de verbeterpunten 2013 die niet (geheel) zijn gerealiseerd alsnog realiseren en zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2015.

1.4.2 Opvolging verbeterpunten 2012

Ook heeft de NZa in het rapport uitvoering AWBZ 2013 de opvolging van de verbeterpunten 2012 beoordeeld. Indien cruciale verbeterpunten 2012 niet (geheel) gerealiseerd waren dan heeft de NZa hiervoor op basis van artikel 61 Wmg een informatieverzoek gedaan. De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de realisatie van de niet opgevolgde cruciale verbeterpunten 2012. De hierbij gehanteerde rapportagedata waren 15 april, 15 juli en 15 oktober 2015. De concessiehouder heeft aan het informatieverzoek voldaan.

Achmea Zorgkantoor N.V. heeft de volgende cruciale verbeterpunten niet (geheel) gerealiseerd:

Tabel 4. Opvolging verbeterpunten 2012

Cruciale Verbeterpunten 2012 die niet (geheel) gerealiseerd zijn	
1.	<i>Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura:</i> Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting op basis van de gedeclareerde productie.
2.	<i>Materiële controle:</i> Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die gemaakt wordt bij de analyse van de uitkomsten van de materiële controles en wat dit betekent voor de controleaanpak / risicoanalyse.
3.	Administratieve organisatie en interne beheersing: <ul style="list-style-type: none"> - Het verbeteren van de audittrail in het controleplan zodat duidelijker de samenhang blijkt tussen de risicoanalyse, de aanwezige mitigerende maatregelen, de restrisico's, de uit te voeren controlewerkzaamheden, de selectiewijze en de rapportagestructuur. - Het volledig voldoen aan de artikelen 5 en 6 van de Regeling en Controle AWBZ Administratie AWBZ verzekeraars 2012 (inclusief het onderdeel privacy). - Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken.

Bron: NZa

De overige verbeterpunten zijn wel op voldoende wijze opgepakt. De concessiehouder moet het openstaande verbeterpunt 2012 realiseren en zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2015.

1.5 Oordeel NZa over de rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014

1.5.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2014

De NZa concludeert dat de beheerskosten over 2014 van € 27.480.000 rechtmatig zijn met inachtneming van de tolerantie-eisen en de door de NZa geconstateerde onzekerheden over de rechtmatigheid.

De NZa concludeert op basis van de bevindingen in Hoofdstuk 4. 'Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014' dat over 2014 onzekerheid over de rechtmatigheid bestaat. Over de beheerskosten 2014 zijn door de NZa nadere vragen gesteld aan de concessiehouder. De NZa heeft hierop een terugkoppeling ontvangen. De beoordeling van deze terugkoppeling, door de NZa, is nog niet afgerond. Het totaalbedrag van de onzekerheden is in deze fase niet te kwantificeren.

De NZa schort haar oordeel over de genoemde onzekerheden, in afwachting van de uitkomsten van de nadere beoordeling van de ontvangen informatie van de concessiehouder, op.

De voorwaardelijke beheerskosten budgetten 2014 die zijn toegekend in de Nadere aanwijzing besteedbare middelen beheerskosten AWBZ zijn geen onderdeel van dit onderzoek. Hierover zal een separate verantwoording plaatsvinden.

De stand van de wettelijke reserve AWBZ 2014, per 31 december 2014 bedraagt € 1.224.000. De concessiehouder heeft in 2014 rendement toegerekend aan de wettelijke reserve AWBZ. Het rendementspercentage is acceptabel.

Het in 2014 behaalde rendement op tijdelijk overtollige middelen PGB geeft geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.

1.5.2 Opvolging onderzoek 2013 wettelijke reserve en beheerskosten

De NZa concludeert op basis van de bevindingen in Hoofdstuk 4. 'Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014' dat de concessiehouder de rechtstreekse mutatie in de wettelijke reserve van € 3.100.000 op een juiste wijze heeft afgewikkeld. Hiermee is het onderzoek over 2013 afgedaan.

De NZa concludeert dat de concessiehouder de onjuiste rubricering van de subsidie Fraudebestrijding PGB 2013-2014 heeft gecorrigeerd. Hiermee is het onderzoek over 2013 afgedaan.

Het onderzoek naar de nadere informatie over de beheerskosten is door de NZa nog niet afgedaan.

1.5.3 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ 2014

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies² (€ 4.107.267.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 4.079.553.000) over 2014 rechtmatig zijn, met uitzondering van de hierna opgenomen onrechtmatigheden en onzekerheden over de rechtmatigheid.

De NZa concludeert op basis van de bevindingen in Hoofdstuk 4. 'Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014' dat over 2014 voor een totaalbedrag van € 38.000 aan onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ is geconstateerd.

De concessiehouder moet de onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ corrigeren in de financiële verantwoording 2015 en zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2015.

In Hoofdstuk 4. 'Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014' heeft de NZa geconcludeerd dat onzekerheid over de rechtmatigheid bestaat voor een totaalbedrag van € 3.560.000. De concessiehouder moet onderzoek doen naar de rechtmatigheid van deze in 2014 verantwoorde bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ en zich over de onderzoeksresultaten verantwoorden in de verantwoordingsinformatie

² De NZa heeft geen rol in de vaststelling van de rechtmatigheid van subsidieopbrengsten en -schaden.

over 2015. In afwachting van de resultaten van dit onderzoek schort de NZa haar oordeel over deze uitgaven op.

1.5.4 Opvolging onderzoek 2013 bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ

Bij haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2013 heeft de NZa onzekerheden over de rechtmatigheid geconstateerd voor een totaalbedrag van € 2.720.000. De concessiehouder heeft onderzoek gedaan naar de rechtmatigheid van deze in 2013 verantwoorde bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ en heeft zich verantwoord over de onderzoeksresultaten in de verantwoordingsinformatie over 2014. Correcties uit het onderzoek zijn verwerkt in het financieel verslag 2014. Hiermee is het onderzoek over 2013 afgedaan.

1.5.5 Opvolging onderzoek 2012 bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ

Bij haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2012 heeft de NZa geconstateerd dat er een aansluitverschil bestaat tussen de verschillende administraties. Ultimo 2013 bedroef het aansluitverschil € 10.400.000. De concessiehouder heeft hierover overleg gehad met Zorginstituut Nederland. Het verschil zal worden verrekend via de aanvraag tot PGB subsidievaststelling over het jaar 2014. Hiermee is het onderzoek over 2012 afgedaan.

1.5.6 Opvolging onderzoek 2011 bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ

Bij haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2011 heeft de NZa onzekerheden over de rechtmatigheid geconstateerd voor een totaalbedrag van € 8.532.000. De concessiehouder heeft nader onderzoek verricht. De uitkomsten van dit onderzoek geven aan dat er voor een bedrag van € 804.000 niet kan worden aangetoond dat deze kosten zijn gemaakt en niet eerder zijn gedeclareerd. De concessiehouder moet dit bedrag corrigeren in haar financiële verantwoording 2015 en zich hierover verantwoorden in de bestuurlijke verantwoording 2015. Hiermee is het onderzoek over 2011 gedeeltelijk afgedaan.

1.6 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014

De kwaliteit van de verantwoordingsinformatie geeft aanleiding tot het maken van opmerkingen. Deze opmerkingen hebben betrekking op het uitvoeringsverslag, de bestuurlijke verantwoording en de financiële verantwoording. Hiervoor wordt verwezen naar Hoofdstuk 5. 'Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014'. De concessiehouder moet de verantwoordingen en de hierbij horende bestuursverklaringen opstellen volgens de eisen van het Model Uitvoeringsverslag en financieel verslag 2015 Wlz-uitvoerders.

1.7 Tijdigheid verantwoordingsinformatie 2014

De verantwoordingsdocumenten 2014 zijn tijdig ontvangen.

2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2014

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk heeft de NZa de bevindingen en conclusies opgenomen van het onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2014.

Hierbij is uitsluitend aandacht besteed aan de beoordeelde toetsingselementen en de opvolging van de verbeterpunten. De toetsingsaspecten die niet zijn beoordeeld of waarvoor de concessiehouder geen verbeterpunt had in 2013 zijn niet opgenomen in Hoofdstuk 2. 'Onderzoek uitvoering AWBZ 2014'.

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 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Zorg in natura.

Tabel 5. Prestatiemeting 2014 Zorg in natura

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
D.	Ervoor zorgen dat AWBZ-verzekerden hun aanspraken kunnen realiseren overeenkomstig aard, inhoud en omvang zoals in het indicatiebesluit is vastgesteld		
D.1	<p>Norm:</p> <p>a. Een beperkt aantal urgent wachtende cliënten per sector en soort zorg op meetmoment t zoals opgenomen in de AW317, gedeeld door de bemiddelingsdruk.</p> <p>b. Een beperkt aantal actief wachtende cliënten per sector en soort zorg op meetmoment t zoals opgenomen in de AW317, gedeeld door de bemiddelingsdruk.</p> <p>Actief wachtende cliënt: wil de geïndiceerde zorg ontvangen, maar ontvangt één of meerdere toegewezen zorgeenheden (reguliere of alternatieve zorg) niet. De cliënt wacht buiten zijn/haar wil. Een actief wachtende cliënt kan ter overbrugging wel een andere dan de geïndiceerde vorm van zorg ontvangen, of een deel van de geïndiceerde zorg.</p> <p>Urgent wachtende cliënt: is actief wachtend én ontvangt geen enkele vorm van zorg.</p> <p>Bemiddelingsdruk: Het aantal cliënten dat in de afgelopen 12 maanden (t-1) in zorg is genomen (waarvoor een MAZ is ontvangen) waardoor de status actief wachtend is komen te vervallen.</p> <p>De uitkomsten worden verbijzonderd naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - soort zorg: intramurale zorg respectievelijk extramurale zorg; - sector: Verpleging en Verzorging, Gehandicaptenzorg, Geestelijke Gezondheidszorg. <p>De sectorindeling: is gebaseerd op de eerste grondslag van de indicatie.</p>	n.v.t.	n.v.t.

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																																																																																				
	<p>Bevinding:</p> <table border="1" data-bbox="373 286 1043 607"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicatoren Wachlijsten actief wachtend gemiddelde van 12 maanden</th> <th>Gemiddelde % bij ZK: Drenthe (resp. actief- en urgent wachtend)</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachtlijst V&V Intramuraal</td><td>0,0% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ Intramuraal</td><td>0,1% / 0,4%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ intramuraal</td><td>0,8% / 0,5%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst V&V extramuraal</td><td>0,4% / 0,2%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ extramuraal</td><td>0,3% / 0,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ extramuraal</td><td>0,5% / 0,2%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 658 1043 992"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden</th> <th>Gemiddelde % bij ZK: Zwolle (resp. actief- en urgent wachtend)</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachtlijst V&V Intramuraal</td><td>0,1% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ Intramuraal</td><td>0,4% / 0,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ intramuraal</td><td>2,0% / 0,2%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst V&V extramuraal</td><td>0,1% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ extramuraal</td><td>0,2% / 0,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ extramuraal</td><td>0,1% / 0,4%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 1043 1043 1377"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden</th> <th>Gemiddelde % bij ZK: Flevoland (resp. actief- en urgent wachtend)</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachtlijst V&V Intramuraal</td><td>0,0% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ Intramuraal</td><td>0,3% / 0,4%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ intramuraal</td><td>1,8% / 0,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst V&V extramuraal</td><td>0,6% / 0,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ extramuraal</td><td>0,5% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ extramuraal</td><td>0,4% / 0,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 1429 1043 1762"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden</th> <th>Gemiddelde % bij ZK: Kennemerland (resp. actief- en urgent wachtend)</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachtlijst V&V Intramuraal</td><td>0,1% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ Intramuraal</td><td>0,2% / 0,4%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ intramuraal</td><td>1,4% / 0,9%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst V&V extramuraal</td><td>0,1% / 0,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ extramuraal</td><td>0,3% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ extramuraal</td><td>0,2% / 0,3%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table>	Outcome Indicatoren Wachlijsten actief wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde % bij ZK: Drenthe (resp. actief- en urgent wachtend)	Score	Wachtlijst V&V Intramuraal	0,0% / 0,0%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,1% / 0,4%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ intramuraal	0,8% / 0,5%	n.v.t.	Wachtlijst V&V extramuraal	0,4% / 0,2%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ extramuraal	0,3% / 0,1%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ extramuraal	0,5% / 0,2%	n.v.t.	Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde % bij ZK: Zwolle (resp. actief- en urgent wachtend)	Score	Wachtlijst V&V Intramuraal	0,1% / 0,0%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,4% / 0,1%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ intramuraal	2,0% / 0,2%	n.v.t.	Wachtlijst V&V extramuraal	0,1% / 0,0%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ extramuraal	0,2% / 0,1%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ extramuraal	0,1% / 0,4%	n.v.t.	Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde % bij ZK: Flevoland (resp. actief- en urgent wachtend)	Score	Wachtlijst V&V Intramuraal	0,0% / 0,0%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,3% / 0,4%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ intramuraal	1,8% / 0,1%	n.v.t.	Wachtlijst V&V extramuraal	0,6% / 0,1%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ extramuraal	0,5% / 0,0%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ extramuraal	0,4% / 0,1%	n.v.t.	Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde % bij ZK: Kennemerland (resp. actief- en urgent wachtend)	Score	Wachtlijst V&V Intramuraal	0,1% / 0,0%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,2% / 0,4%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ intramuraal	1,4% / 0,9%	n.v.t.	Wachtlijst V&V extramuraal	0,1% / 0,1%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ extramuraal	0,3% / 0,0%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ extramuraal	0,2% / 0,3%	n.v.t.		
Outcome Indicatoren Wachlijsten actief wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde % bij ZK: Drenthe (resp. actief- en urgent wachtend)	Score																																																																																					
Wachtlijst V&V Intramuraal	0,0% / 0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,1% / 0,4%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ intramuraal	0,8% / 0,5%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst V&V extramuraal	0,4% / 0,2%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ extramuraal	0,3% / 0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ extramuraal	0,5% / 0,2%	n.v.t.																																																																																					
Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde % bij ZK: Zwolle (resp. actief- en urgent wachtend)	Score																																																																																					
Wachtlijst V&V Intramuraal	0,1% / 0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,4% / 0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ intramuraal	2,0% / 0,2%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst V&V extramuraal	0,1% / 0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ extramuraal	0,2% / 0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ extramuraal	0,1% / 0,4%	n.v.t.																																																																																					
Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde % bij ZK: Flevoland (resp. actief- en urgent wachtend)	Score																																																																																					
Wachtlijst V&V Intramuraal	0,0% / 0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,3% / 0,4%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ intramuraal	1,8% / 0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst V&V extramuraal	0,6% / 0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ extramuraal	0,5% / 0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ extramuraal	0,4% / 0,1%	n.v.t.																																																																																					
Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde % bij ZK: Kennemerland (resp. actief- en urgent wachtend)	Score																																																																																					
Wachtlijst V&V Intramuraal	0,1% / 0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,2% / 0,4%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ intramuraal	1,4% / 0,9%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst V&V extramuraal	0,1% / 0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ extramuraal	0,3% / 0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ extramuraal	0,2% / 0,3%	n.v.t.																																																																																					

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																																										
	<table border="1" data-bbox="373 257 1043 595"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden</th> <th>Gemiddelde % bij ZK: Zaanstreek- Waterland (resp. actief- en urgent wachtend)</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachlijst V&V Intramuraal</td><td>0,0% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GHZ Intramuraal</td><td>0,0% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GGZ intramuraal</td><td>1,5% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst V&V extramuraal</td><td>0,1% / 0,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GHZ extramuraal</td><td>0,2% / 0,3%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GGZ extramuraal</td><td>0,4% / 0,8%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 647 1043 985"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden</th> <th>Gemiddelde % bij ZK: Rotterdam (resp. actief- en urgent wachtend)</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachlijst V&V Intramuraal</td><td>0,0% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GHZ Intramuraal</td><td>0,2% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GGZ intramuraal</td><td>1,6% / 0,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst V&V extramuraal</td><td>0,2% / 0,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GHZ extramuraal</td><td>0,1% / 0,2%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GGZ extramuraal</td><td>0,2% / 0,2%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table> <p data-bbox="373 1014 499 1037">Toelichting:</p> <p data-bbox="373 1041 606 1064">De NZa concludeert dat:</p> <ul data-bbox="373 1068 1043 1249" style="list-style-type: none"> - de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol; - de definities niet uniform gehanteerd worden; - de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden; - de uitkomsten niet altijd plausibel zijn; - de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig. <p data-bbox="373 1279 1070 1330">Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p>	Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde % bij ZK: Zaanstreek- Waterland (resp. actief- en urgent wachtend)	Score	Wachlijst V&V Intramuraal	0,0% / 0,0%	n.v.t.	Wachlijst GHZ Intramuraal	0,0% / 0,0%	n.v.t.	Wachlijst GGZ intramuraal	1,5% / 0,0%	n.v.t.	Wachlijst V&V extramuraal	0,1% / 0,1%	n.v.t.	Wachlijst GHZ extramuraal	0,2% / 0,3%	n.v.t.	Wachlijst GGZ extramuraal	0,4% / 0,8%	n.v.t.	Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde % bij ZK: Rotterdam (resp. actief- en urgent wachtend)	Score	Wachlijst V&V Intramuraal	0,0% / 0,0%	n.v.t.	Wachlijst GHZ Intramuraal	0,2% / 0,0%	n.v.t.	Wachlijst GGZ intramuraal	1,6% / 0,1%	n.v.t.	Wachlijst V&V extramuraal	0,2% / 0,0%	n.v.t.	Wachlijst GHZ extramuraal	0,1% / 0,2%	n.v.t.	Wachlijst GGZ extramuraal	0,2% / 0,2%	n.v.t.		
Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde % bij ZK: Zaanstreek- Waterland (resp. actief- en urgent wachtend)	Score																																											
Wachlijst V&V Intramuraal	0,0% / 0,0%	n.v.t.																																											
Wachlijst GHZ Intramuraal	0,0% / 0,0%	n.v.t.																																											
Wachlijst GGZ intramuraal	1,5% / 0,0%	n.v.t.																																											
Wachlijst V&V extramuraal	0,1% / 0,1%	n.v.t.																																											
Wachlijst GHZ extramuraal	0,2% / 0,3%	n.v.t.																																											
Wachlijst GGZ extramuraal	0,4% / 0,8%	n.v.t.																																											
Outcome Indicatoren Wachlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde % bij ZK: Rotterdam (resp. actief- en urgent wachtend)	Score																																											
Wachlijst V&V Intramuraal	0,0% / 0,0%	n.v.t.																																											
Wachlijst GHZ Intramuraal	0,2% / 0,0%	n.v.t.																																											
Wachlijst GGZ intramuraal	1,6% / 0,1%	n.v.t.																																											
Wachlijst V&V extramuraal	0,2% / 0,0%	n.v.t.																																											
Wachlijst GHZ extramuraal	0,1% / 0,2%	n.v.t.																																											
Wachlijst GGZ extramuraal	0,2% / 0,2%	n.v.t.																																											
D.2	<p data-bbox="373 1368 440 1391">Norm:</p> <p data-bbox="373 1395 1043 1473">Een voldoende percentage actief wachtende cliënten dat in zorg is gemeld binnen de treeknorm, ten opzichte van het totaal aantal actief wachtende cliënten dat in zorg is gemeld.</p> <p data-bbox="373 1503 1059 1659">Treknorm: De maximale aanvaardbare wachttijd voor het ontvangen van AWBZ-zorg. Onder de wachttijd wordt de tijd verstaan die verstrijkt tussen het moment dat iemand zich met een bepaalde zorgbehoefte (indicatie) meldt bij het zorgkantoor of een zorgaanbieder en de wachtstatus Actief Wachtend krijgt toegewezen tot aan het moment dat deze zorg daadwerkelijk wordt ontvangen.</p> <p data-bbox="373 1664 1007 1742">Actief wachtende cliënt: wil de geïndiceerde zorg ontvangen, maar ontvangt één of meerdere toegewezen zorgeenheden (reguliere of alternatieve zorg) niet. De cliënt wacht buiten zijn/haar wil.</p> <p data-bbox="373 1747 1059 1825">Een actief wachtende cliënt kan ter overbrugging wel een andere dan de geïndiceerde vorm van zorg ontvangen, of een deel van de geïndiceerde zorg.</p> <p data-bbox="373 1854 1027 1899">De uitkomsten worden alleen gemeten voor intramurale indicaties en verbijzonderd naar:</p> <ul data-bbox="373 1904 756 1982" style="list-style-type: none"> - sector Verpleging en Verzorging; - sector Gehandicaptenzorg; - sector Geestelijke Gezondheidszorg. <p data-bbox="373 1986 1059 2009">De sectorindeling: is gebaseerd op de eerste grondslag van de indicatie.</p>	n.v.t.	n.v.t.																																										

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																																																																
	<p>Bevinding:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 280 660 421">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="660 280 815 421">Gemiddeld % bij ZK: Drenthe</th> <th data-bbox="815 280 970 421">Landelijk gemiddeld %</th> <th data-bbox="970 280 1062 421">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 421 660 488">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V</td> <td data-bbox="660 421 815 488">97,8%</td> <td data-bbox="815 421 970 488">96,8%</td> <td data-bbox="970 421 1062 488">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 488 660 555">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="660 488 815 555">95,3%</td> <td data-bbox="815 488 970 555">96,9%</td> <td data-bbox="970 488 1062 555">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 555 660 622">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="660 555 815 622">99,4%</td> <td data-bbox="815 555 970 622">97,6%</td> <td data-bbox="970 555 1062 622">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 667 660 808">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="660 667 815 808">Gemiddeld % bij ZK: Zwolle</th> <th data-bbox="815 667 970 808">Landelijk gemiddeld %</th> <th data-bbox="970 667 1062 808">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 808 660 875">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V</td> <td data-bbox="660 808 815 875">97,3%</td> <td data-bbox="815 808 970 875">96,8%</td> <td data-bbox="970 808 1062 875">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 875 660 943">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="660 875 815 943">96,8%</td> <td data-bbox="815 875 970 943">96,9%</td> <td data-bbox="970 875 1062 943">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 943 660 1010">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="660 943 815 1010">95,2%</td> <td data-bbox="815 943 970 1010">97,6%</td> <td data-bbox="970 943 1062 1010">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 1055 660 1196">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="660 1055 815 1196">Gemiddeld % bij ZK: Flevoland</th> <th data-bbox="815 1055 970 1196">Landelijk gemiddeld %</th> <th data-bbox="970 1055 1062 1196">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1196 660 1263">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V</td> <td data-bbox="660 1196 815 1263">95,7%</td> <td data-bbox="815 1196 970 1263">96,8%</td> <td data-bbox="970 1196 1062 1263">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1263 660 1330">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="660 1263 815 1330">95,0%</td> <td data-bbox="815 1263 970 1330">96,9%</td> <td data-bbox="970 1263 1062 1330">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1330 660 1397">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="660 1330 815 1397">94,1%</td> <td data-bbox="815 1330 970 1397">97,6%</td> <td data-bbox="970 1330 1062 1397">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 1442 660 1583">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="660 1442 815 1583">Gemiddeld % bij ZK: Kennemerland</th> <th data-bbox="815 1442 970 1583">Landelijk gemiddeld %</th> <th data-bbox="970 1442 1062 1583">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1583 660 1650">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V</td> <td data-bbox="660 1583 815 1650">98,8%</td> <td data-bbox="815 1583 970 1650">96,8%</td> <td data-bbox="970 1583 1062 1650">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1650 660 1718">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="660 1650 815 1718">95,9%</td> <td data-bbox="815 1650 970 1718">96,9%</td> <td data-bbox="970 1650 1062 1718">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1718 660 1785">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="660 1718 815 1785">99,6%</td> <td data-bbox="815 1718 970 1785">97,6%</td> <td data-bbox="970 1718 1062 1785">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table>	Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld % bij ZK: Drenthe	Landelijk gemiddeld %	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	97,8%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	95,3%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	99,4%	97,6%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld % bij ZK: Zwolle	Landelijk gemiddeld %	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	97,3%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	96,8%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	95,2%	97,6%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld % bij ZK: Flevoland	Landelijk gemiddeld %	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	95,7%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	95,0%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	94,1%	97,6%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld % bij ZK: Kennemerland	Landelijk gemiddeld %	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,8%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	95,9%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	99,6%	97,6%	n.v.t.		
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld % bij ZK: Drenthe	Landelijk gemiddeld %	Score																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	97,8%	96,8%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	95,3%	96,9%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	99,4%	97,6%	n.v.t.																																																																
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld % bij ZK: Zwolle	Landelijk gemiddeld %	Score																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	97,3%	96,8%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	96,8%	96,9%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	95,2%	97,6%	n.v.t.																																																																
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld % bij ZK: Flevoland	Landelijk gemiddeld %	Score																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	95,7%	96,8%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	95,0%	96,9%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	94,1%	97,6%	n.v.t.																																																																
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld % bij ZK: Kennemerland	Landelijk gemiddeld %	Score																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,8%	96,8%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	95,9%	96,9%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	99,6%	97,6%	n.v.t.																																																																

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																																
	<table border="1" data-bbox="373 259 1062 600"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 259 663 398">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="663 259 815 398">Gemiddeld % bij ZK: Zaanstreek-Waterland</th> <th data-bbox="815 259 967 398">Landelijk gemiddeld %</th> <th data-bbox="967 259 1062 398">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 398 663 465">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V</td> <td data-bbox="663 398 815 465">98,5%</td> <td data-bbox="815 398 967 465">96,8%</td> <td data-bbox="967 398 1062 465">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 465 663 533">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="663 465 815 533">90,7%</td> <td data-bbox="815 465 967 533">96,9%</td> <td data-bbox="967 465 1062 533">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 533 663 600">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="663 533 815 600">96,1%</td> <td data-bbox="815 533 967 600">97,6%</td> <td data-bbox="967 533 1062 600">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 645 1062 985"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 645 663 784">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="663 645 815 784">Gemiddeld % bij ZK: Rotterdam</th> <th data-bbox="815 645 967 784">Landelijk gemiddeld %</th> <th data-bbox="967 645 1062 784">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 784 663 851">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V</td> <td data-bbox="663 784 815 851">98,3%</td> <td data-bbox="815 784 967 851">96,8%</td> <td data-bbox="967 784 1062 851">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 851 663 918">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="663 851 815 918">97,9%</td> <td data-bbox="815 851 967 918">96,9%</td> <td data-bbox="967 851 1062 918">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 918 663 985">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="663 918 815 985">96,8%</td> <td data-bbox="815 918 967 985">97,6%</td> <td data-bbox="967 918 1062 985">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="373 1010 499 1032">Toelichting:</p> <p data-bbox="373 1037 606 1059">De NZa concludeert dat:</p> <ul data-bbox="373 1064 1046 1249" style="list-style-type: none"> - de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol; - de definities niet uniform gehanteerd worden; - de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden; - de uitkomsten niet altijd plausibel zijn; - de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig. <p data-bbox="373 1276 1070 1328">Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p>	Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld % bij ZK: Zaanstreek-Waterland	Landelijk gemiddeld %	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,5%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	90,7%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	96,1%	97,6%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld % bij ZK: Rotterdam	Landelijk gemiddeld %	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,3%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	97,9%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	96,8%	97,6%	n.v.t.		
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld % bij ZK: Zaanstreek-Waterland	Landelijk gemiddeld %	Score																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,5%	96,8%	n.v.t.																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	90,7%	96,9%	n.v.t.																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	96,1%	97,6%	n.v.t.																																
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld % bij ZK: Rotterdam	Landelijk gemiddeld %	Score																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,3%	96,8%	n.v.t.																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	97,9%	96,9%	n.v.t.																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	96,8%	97,6%	n.v.t.																																
D.3. a	<p data-bbox="373 1368 440 1391">Norm:</p> <p data-bbox="373 1395 1062 1552">a. De concessiehouder heeft in de overeenkomsten 2015 met zorgaanbieders geregeld dat:</p> <ul data-bbox="421 1447 1062 1552" style="list-style-type: none"> - er permanent voldoende AWBZ-spoedzorg binnen 24 uur beschikbaar is; - de betreffende zorgaanbieders acute zorgverlening niet kunnen weigeren. <p data-bbox="373 1581 1062 1794">b. De concessiehouder beschikt voor alle regio's over een regionaal protocol voor spoedzorg. In dit protocol:</p> <ul data-bbox="421 1632 1062 1794" style="list-style-type: none"> - is geregeld dat thuiswonende mensen in noodgevallen 24 uur per dag een hulpverlener kunnen bereiken; - worden de betreffende zorgaanbieders en de beschikbare capaciteit voor spoedzorg benoemd; - is opgenomen hoe de poortwachters (huisartsen, MEE) zich op de hoogte kunnen stellen van de vrije capaciteit voor spoedzorg. 	2	2																																

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
D.3 b	<p>Norm (inventarisatie outcome-indicator):</p> <p>a. Een voldoende percentage van de spoedopnamen V&V dat binnen 24 uur gerealiseerd is van het totaal aantal spoedopnamen dat voor de V&V gemeld is.</p> <p>b. Een voldoende percentage van de spoedopnamen GHZ dat binnen 48 uur gerealiseerd is van het totaal aantal spoedopnamen dat voor de GHZ gemeld is.</p> <p>Spoedopname: volgens de algemene definitie van het Handboek Spoedzorg van ZN. De spoedopname waarvoor de concessiehouder verantwoordelijk is kan zowel binnen als buiten de eigen zorgkantorregio plaatsvinden.</p> <p>Realisatie van spoedopname: het tijdstip waarop de spoedplek daadwerkelijk beschikbaar is voor spoedopname van de cliënt. NB. Het moment waarop de spoedplek wordt gevonden en vastgelegd is niet leidend. Het gaat om het tijdstip, waarop de spoedplek volgens de vastlegging beschikbaar komt bij de spoedzorgbemiddelaar. Ook kan het tijdstip van daadwerkelijke spoedopname, op verzoek van cliënt, afwijken van het moment van realisatie. Deze eventuele vertraging is niet van invloed op de beoordeling of spoedopname binnen 24, respectievelijk 48 uur is gerealiseerd.</p> <p>Als spoedzorgbemiddelaar kunnen optreden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het zorgkantoor; - de poortwachters: huisarts, MEE; - door het zorgkantoor aangewezen crisisregisseurs; - door het zorgkantoor aangewezen zorgaanbieders. 	n.v.t.	n.v.t.

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score												
Bevinding:															
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 286 644 472">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014</th> <th data-bbox="644 286 815 472">Gemiddeld % bij ZK: Drenthe</th> <th data-bbox="815 286 967 472">Landelijk gemiddeld %</th> <th data-bbox="967 286 1062 472">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 472 644 539">Tijdige realisatie spoedopnamen V&V</td> <td data-bbox="644 472 815 539">100%</td> <td data-bbox="815 472 967 539">90,1%</td> <td data-bbox="967 472 1062 539">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 539 644 584">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="644 539 815 584">87,5%</td> <td data-bbox="815 539 967 584">89,0%</td> <td data-bbox="967 539 1062 584">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table>				Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld % bij ZK: Drenthe	Landelijk gemiddeld %	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	100%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	87,5%	89,0%	n.v.t.
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld % bij ZK: Drenthe	Landelijk gemiddeld %	Score												
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	100%	90,1%	n.v.t.												
Tijdige realisatie GHZ	87,5%	89,0%	n.v.t.												
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 600 644 786">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014</th> <th data-bbox="644 600 815 786">Gemiddeld % bij ZK: Zwolle</th> <th data-bbox="815 600 967 786">Landelijk gemiddeld %</th> <th data-bbox="967 600 1062 786">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 786 644 853">Tijdige realisatie spoedopnamen V&V</td> <td data-bbox="644 786 815 853">97,5%</td> <td data-bbox="815 786 967 853">90,1%</td> <td data-bbox="967 786 1062 853">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 853 644 898">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="644 853 815 898">75,5%</td> <td data-bbox="815 853 967 898">89,0%</td> <td data-bbox="967 853 1062 898">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table>				Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld % bij ZK: Zwolle	Landelijk gemiddeld %	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	97,5%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	75,5%	89,0%	n.v.t.
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld % bij ZK: Zwolle	Landelijk gemiddeld %	Score												
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	97,5%	90,1%	n.v.t.												
Tijdige realisatie GHZ	75,5%	89,0%	n.v.t.												
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 913 644 1099">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014</th> <th data-bbox="644 913 815 1099">Gemiddeld % bij ZK: Flevoland</th> <th data-bbox="815 913 967 1099">Landelijk gemiddeld %</th> <th data-bbox="967 913 1062 1099">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1099 644 1167">Tijdige realisatie spoedopnamen V&V</td> <td data-bbox="644 1099 815 1167">60,5%</td> <td data-bbox="815 1099 967 1167">90,1%</td> <td data-bbox="967 1099 1062 1167">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1167 644 1211">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="644 1167 815 1211">100%</td> <td data-bbox="815 1167 967 1211">89,0%</td> <td data-bbox="967 1167 1062 1211">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table>				Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld % bij ZK: Flevoland	Landelijk gemiddeld %	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	60,5%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	100%	89,0%	n.v.t.
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld % bij ZK: Flevoland	Landelijk gemiddeld %	Score												
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	60,5%	90,1%	n.v.t.												
Tijdige realisatie GHZ	100%	89,0%	n.v.t.												
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 1227 644 1413">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014</th> <th data-bbox="644 1227 815 1413">Gemiddeld % bij ZK: Kennemerland</th> <th data-bbox="815 1227 967 1413">Landelijk gemiddeld %</th> <th data-bbox="967 1227 1062 1413">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1413 644 1480">Tijdige realisatie spoedopnamen V&V</td> <td data-bbox="644 1413 815 1480">100%</td> <td data-bbox="815 1413 967 1480">90,1%</td> <td data-bbox="967 1413 1062 1480">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1480 644 1525">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="644 1480 815 1525">90,0%</td> <td data-bbox="815 1480 967 1525">89,0%</td> <td data-bbox="967 1480 1062 1525">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table>				Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld % bij ZK: Kennemerland	Landelijk gemiddeld %	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	100%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	90,0%	89,0%	n.v.t.
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld % bij ZK: Kennemerland	Landelijk gemiddeld %	Score												
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	100%	90,1%	n.v.t.												
Tijdige realisatie GHZ	90,0%	89,0%	n.v.t.												
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 1541 644 1727">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014</th> <th data-bbox="644 1541 815 1727">Gemiddeld % bij ZK: Zaanstreek-Waterland</th> <th data-bbox="815 1541 967 1727">Landelijk gemiddeld %</th> <th data-bbox="967 1541 1062 1727">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1727 644 1794">Tijdige realisatie spoedopnamen V&V</td> <td data-bbox="644 1727 815 1794">100%</td> <td data-bbox="815 1727 967 1794">90,1%</td> <td data-bbox="967 1727 1062 1794">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1794 644 1839">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="644 1794 815 1839">44,0%</td> <td data-bbox="815 1794 967 1839">89,0%</td> <td data-bbox="967 1794 1062 1839">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table>				Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld % bij ZK: Zaanstreek-Waterland	Landelijk gemiddeld %	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	100%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	44,0%	89,0%	n.v.t.
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld % bij ZK: Zaanstreek-Waterland	Landelijk gemiddeld %	Score												
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	100%	90,1%	n.v.t.												
Tijdige realisatie GHZ	44,0%	89,0%	n.v.t.												

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score												
	<table border="1" data-bbox="373 257 1062 546"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 257 644 450">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014</th> <th data-bbox="644 257 815 450">Gemiddeld % bij ZK: Rotterdam</th> <th data-bbox="815 257 970 450">Landelijk gemiddeld %</th> <th data-bbox="970 257 1062 450">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 450 644 515">Tijdige realisatie spoedopnamen V&V</td> <td data-bbox="644 450 815 515">99%</td> <td data-bbox="815 450 970 515">90,1%</td> <td data-bbox="970 450 1062 515">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 515 644 546">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="644 515 815 546">92,0%</td> <td data-bbox="815 515 970 546">89,0%</td> <td data-bbox="970 515 1062 546">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="373 577 1062 815">Toelichting: De NZa concludeert dat: - de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol; - de definities niet uniform gehanteerd worden; - de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden; - de uitkomsten niet altijd plausibel zijn; - de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig.</p> <p data-bbox="373 846 1062 891">Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p>	Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld % bij ZK: Rotterdam	Landelijk gemiddeld %	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	99%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	92,0%	89,0%	n.v.t.		
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld % bij ZK: Rotterdam	Landelijk gemiddeld %	Score												
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	99%	90,1%	n.v.t.												
Tijdige realisatie GHZ	92,0%	89,0%	n.v.t.												
E.	Aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden, zorgaanbieders en gemeenten in de zorgregio en zorg dragen voor de informatievoorziening die op de regionale situatie is afgestemd														
E.1	<p data-bbox="373 1039 1062 1084">Norm: De concessiehouder:</p> <ul data-bbox="373 1093 1062 1308" style="list-style-type: none"> - overlegt met een representatieve vertegenwoordiging van cliënten (cliëntorganisaties / cliëntenraden) over kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en maakt hiervan verslag; - verwerkt de resultaten hiervan aantoonbaar in het (inkoop)beleid, en/of waar nodig in eisen, gesteld aan de zorgaanbieders, of motiveert zijn eventueel besluit het advies niet op te volgen; - geeft aan waarom hij met wie heeft gesproken en verantwoordt zijn inspanningen en de uitkomsten hiervan in het uitvoeringsverslag. 	0,75	0,65												
	<p data-bbox="373 1344 1062 1442">Verbeterpunt: Het concreet aangeven in de verantwoordingsdocumenten met welke organisaties in welke frequentie gesproken is en de onderwerpen hierbij voorlagen.</p>														
E.2	<p data-bbox="373 1487 1062 1756">Norm:</p> <ol data-bbox="373 1518 1062 1756" style="list-style-type: none"> Telefonische bereikbaarheid: een voldoende percentage opgenomen gesprekken als deel van het totaal aantal binnengekomen gesprekken. Service level: een voldoende percentage gesprekken dat binnen 30 seconden wordt opgenomen als deel van het totaal aantal binnengekomen gesprekken. De gehanteerde wachttijd betreft het aantal seconden tussen het tot stand komen van de verbinding en het starten van het gesprek. 	n.v.t.	n.v.t.												

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																
	<p>Bevinding:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicator</th> <th>Gemiddeld %</th> <th>Landelijk gemiddeld %</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Percentages telefonische bereikbaarheid en klanten zorgbemiddeling</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefonische bereikbaarheid</td> <td>84,0%</td> <td>91,2%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Service level</td> <td>52,5%</td> <td>75,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Toelichting: De NZa concludeert dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol; - de definities niet uniform gehanteerd worden; - de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden; - de uitkomsten niet altijd plausibel zijn; - de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig. <p>Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p>	Outcome Indicator	Gemiddeld %	Landelijk gemiddeld %	Score	Percentages telefonische bereikbaarheid en klanten zorgbemiddeling				Telefonische bereikbaarheid	84,0%	91,2%	n.v.t.	Service level	52,5%	75,0%	n.v.t.		
Outcome Indicator	Gemiddeld %	Landelijk gemiddeld %	Score																
Percentages telefonische bereikbaarheid en klanten zorgbemiddeling																			
Telefonische bereikbaarheid	84,0%	91,2%	n.v.t.																
Service level	52,5%	75,0%	n.v.t.																
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 2,75	2,65																

Bron: NZa

De concessiehouder moet het vermelde verbeterpunt realiseren.

2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Bijbetalingen in overeenkomst 2015

Het zorgkantoor heeft in de overeenkomst 2015 opgenomen dat de zorgaanbieder:

- cliënten vooraf, in ieder geval op zijn website, op de hoogte stelt van alle diensten die hij aan de cliënt separaat in rekening brengt, en de tarieven die hij hiervoor hanteert;
- cliënten niet tot de afname van deze diensten verplicht zijn;
- geen eigen betalingen voor Wlz-verzekerde zorg hanteert en de brochure van het Zorginstituut Nederland 'Uw zorg in een AWBZ-instelling' in acht neemt;
- de aanvullende diensten, tarieven en klachten over de bijbetalingen overlegt met de cliëntenraad.

Signalen bijbetalingen

Het zorgkantoor doet in 2015 specifiek onderzoek naar bijbetalingen. Bij de uitvraag over bijbetaling wordt beoordeeld of de bijbetaling aantoonbaar is goedgekeurd door de cliëntraad.

Het zorgkantoor is van plan schriftelijk een vooraankondiging te doen, om zorgaanbieders aan te zetten tot een transparant bijbetalingsbeleid.

Diversiteit zorgaanbod

In 2014 was diversiteit van het zorgaanbod nog geen standaardonderwerp in de gesprekken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Ook in het inkoopbeleid 2015 van het zorgkantoor wordt hierover ook nog niet specifiek aandacht besteed. Diversiteit van het zorgaanbod is vanaf 2015 wel een standaard agendapunt in de gesprekken met zorgaanbieders.

Diversiteit van het zorgaanbod wordt betrokken bij de beoordeling van nieuwe zorgaanbieders. Het zorgkantoor gaat in het inkoopbeleid 2016 hier ook specifiek aandacht aan besteden.

Veel zorgaanbieders besteden in hun beleid wel al aandacht aan diversiteit van het zorgaanbod en communiceren hierover op hun websites.

Cliëntondersteuning

In de Wlz kunnen cliënten er desgewenst voor kiezen zich bij hun keuze voor zorgaanbieder of bij de gesprekken met een zorginstelling over bijvoorbeeld het zorgplan te laten bijstaan door een onafhankelijke cliëntondersteuner of door een medewerker van het zorgkantoor.

Contractering onafhankelijke cliëntondersteuning

Op de website van het zorgkantoor is informatie beschikbaar over onafhankelijke cliënt ondersteuning.

Het zorgkantoor heeft per regio twee partijen gecontracteerd voor onafhankelijke cliëntondersteuning. Deze partijen voldoen aan de eisen zoals deze zijn opgesteld in de handreiking van Zorgverzekeraars Nederland. Deze eisen borgen dat de cliëntondersteuning onafhankelijk van zorgaanbieders en in het belang van de individuele cliënt plaatsvindt.

Andere eisen zijn dat de onafhankelijke cliëntondersteuners voldoende kennis moeten hebben van de doelgroep, de regio, de Wlz-procedures en beschikken over voldoende professionaliteit en integriteit. De cliëntondersteuning moet vijf dagen per week bereikbaar zijn tijdens kantooruren en geeft binnen twee werkdagen respons op een aanvraag.

De gecontracteerde partijen leggen verantwoording af aan het zorgkantoor over de geleverde cliëntondersteuning en hanteren daarbij het landelijke format. De ontwikkeling van de vraag naar aard en doelgroep worden gemonitord. De onafhankelijke cliëntondersteuners leveren signaleringsgegevens aan over trends en klachten et cetera. De tevredenheid wordt na afloop van ieder traject bevraagd door de onafhankelijke cliëntondersteuners. Tot slot stelt de accountant de gestelde beschikbaarheid vast bij de jaarrekening

Onafhankelijke zorgbemiddeling door zorgkantoor

Het zorgkantoor heeft in de Wlz de taak om de verzekerde:

- te informeren over de keuzemogelijkheid tussen de verschillende leveringsvormen, en de voorwaarden;
- zelf de keuze te laten tussen alle geschikte gecontracteerde zorgaanbieders als verzekerde kiest voor zorg in natura;
- desgewenst te bemiddelen naar een geschikte, gecontracteerde aanbieder.

In tegenstelling tot in de AWBZ mag deze taak niet worden uitbesteed aan een zorgaanbieder waarbij het zorgkantoor meer op de voorgrond treedt. Het zorgbemiddelingsproces bij het zorgkantoor verloopt traditioneel en wordt medio 2015 aangepast aan de Wlz zodra de noodzakelijke informatie beschikbaar is en alle cliënten kunnen worden benaderd.

Wenswachtenden

In augustus 2014 ontving de NZa onder meer door een televisie-uitzending van Nieuwsuur enkele tientallen meldingen van cliënten over mogelijke wachtlijstproblematiek. Een deel van de problematiek bleek te zijn ontstaan doordat de informatievoorziening aan cliënten ontoereikend was. Zorgkantoren hebben de informatie op hun website aangepast en in de overeenkomst met de zorgaanbieder afspraken gemaakt over welke informatie voor cliënten beschikbaar moet zijn.

De zorgkantoren, zorgaanbieders en VWS zijn in een landelijke aanpak de juistheid van de wachtlijstregistratie nagegaan. De aanpak van wachtlijsten richtte zich op mensen, die mogelijk onterecht als wenswachtend geregistreerd stonden terwijl zij actief wachtend zouden zijn en (meer) zorg nodig zouden hebben. Inmiddels is onderzocht of wachtenden juist op de wachtlijst stonden.

Het zorgkantoor benadert nieuwe Wlz cliënten telefonisch. In dit gesprek wordt de rol van het zorgkantoor toegelicht en wordt de cliënt geïnformeerd over welke zorgvormen er zijn en wat cliëntondersteuning is. Deze informatie (en meer) is opgenomen in een folder met alle informatie (en meer) die ook in het telefoongesprek is gegeven. De informatie in de folder is echter uitgebreider en gaat onder andere over wachtlijst beheer en zorgbemiddeling/cliëntondersteuning. Alle klanten die nieuw instromen in de WLZ ontvangen deze folder.

Aandachtspunt blijven cliënten die zorg ontvangen in een instelling maar op basis van sociale context zouden willen verhuizen. Deze cliënten willen bijvoorbeeld dichterbij vrienden of familie wonen maar komen niet bovenaan op de wachtlijst omdat zij al in zorg zijn. Zorgaanbieders geven wenswachtendheid met sociale context niet altijd door waardoor het zorgkantoor niet bekend is met de verhuizingswens van de cliënt. In de Wlz krijgt dit meer prioritering. De wachtlijsten moeten regelmatig worden geactualiseerd zodat bekend is wie echt actief wachtend is.

2.3 Prestatie-indicator 2: Persoonsgebonden budget

2.3.1 Prestatiemeting Persoonsgebonden budget

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Persoonsgebonden budget.

Tabel 6. Prestatiemeting 2014 Persoonsgebonden budget

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.	Cliëntgerichte en cliëntvriendelijke informatieverstrekking aan budgethouders		
A.1	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder verstrekt actuele informatie voor PGB geïnteresseerden over:</p> <ul style="list-style-type: none"> – het verschil tussen ZIN én PGB, hoe zorg in te kopen, de criteria waaraan een aanvrager bij voorkeur moet voldoen; – een koppeling naar de website van Per Saldo, onder verwijzing naar de informatie over de PGB zelftest, de PGB hulpgids en het invullen van een budgetplan; – de consequenties voor de budgethouder bij eventuele fraude; – de veranderende wetgeving voor de langdurige zorg en het effect hiervan op de budgethouder; – de veranderingen in de uitvoering van het PGB en de (nieuwe) rol van het SVB. <p>b. De concessiehouder heeft de potentiële 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>	2	1,9
	<p>Verbeterpunt:</p> <p>Het duidelijker in het voorlichtingsmateriaal opnemen van de consequenties voor de budgethouder bij eventuele fraude.</p>		
A.2 t/m A.5	<p>Norm:</p> <p>De volgende werkzaamheden van concessiehouders worden door het ITS getoetst en door de NZa vertaald naar een score.</p> <p>A.2: Adequate afwikkeling administratieve processen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Beschikking: score ITS kwaliteitsschaal – Overmaken budget: score ITS kernvraag – Verantwoording budgetbestedingen: score ITS kwaliteitsschaal – Terugvorderen niet besteed budget: score ITS kernvraag <p>A.3: Adequate informatievoorziening en bereikbaarheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Informatievoorziening PGB: score ITS kwaliteitsschaal – Bereikbaarheid Zorgkantoor: score ITS kwaliteitsschaal <p>A.4: Adequate kwaliteit medewerkers zorgkantoor:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bejegening: score ITS kwaliteitsschaal – Deskundigheid medewerkers: score ITS kwaliteitsschaal <p>A.5: Goed oordeel cliënten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Oordeel dienstverlening: ITS rapportcijfer – Oordeel uitvoering PGB: ITS rapportcijfer 	5	4

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																																																																
	<p>Bevinding:</p> <table border="1" data-bbox="373 286 1062 1532"> <thead> <tr> <th></th> <th>% van de score Concessiehouder</th> <th>% van de score landelijk gemiddelde</th> <th>Score (punten * % van de score)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">A.2: Adequate afwikkeling administratieve processen:</td> </tr> <tr> <td>a. Beschikking: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)</td> <td>85%</td> <td>85%</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>b. Overmaken budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)</td> <td>95%</td> <td>92%</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>c. Verantwoording budgetbestedingen: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)</td> <td>82%</td> <td>84%</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>d. Terugvorderen niet besteed budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)</td> <td>90%</td> <td>87%</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td colspan="4">A.3: Adequate informatievoorziening en bereikbaarheid:</td> </tr> <tr> <td>e. Informatievoorziening PGB: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)</td> <td>72%</td> <td>72%</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>f. Bereikbaarheid Zorgkantoor: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)</td> <td>73%</td> <td>73%</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td colspan="4">A.4: Adequate kwaliteit medewerkers zorgkantoor:</td> </tr> <tr> <td>g. Bejegening: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)</td> <td>80%</td> <td>83%</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>h. Deskundigheid medewerkers: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)</td> <td>72%</td> <td>74%</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td colspan="4">A.5: Goed oordeel cliënten:</td> </tr> <tr> <td>i. Oordeel dienstverlening: ITS rapportcijfer (1 punt)</td> <td>76%</td> <td>76%</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>j. Oordeel uitvoering PGB: ITS rapportcijfer (1 punt)</td> <td>77%</td> <td>77%</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>TOTAAL</td> <td></td> <td></td> <td>4,0</td> </tr> </tbody> </table>		% van de score Concessiehouder	% van de score landelijk gemiddelde	Score (punten * % van de score)	A.2: Adequate afwikkeling administratieve processen:				a. Beschikking: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)	85%	85%	0,2	b. Overmaken budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)	95%	92%	0,2	c. Verantwoording budgetbestedingen: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)	82%	84%	0,2	d. Terugvorderen niet besteed budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)	90%	87%	0,2	A.3: Adequate informatievoorziening en bereikbaarheid:				e. Informatievoorziening PGB: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	72%	72%	0,4	f. Bereikbaarheid Zorgkantoor: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	73%	73%	0,4	A.4: Adequate kwaliteit medewerkers zorgkantoor:				g. Bejegening: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	80%	83%	0,4	h. Deskundigheid medewerkers: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	72%	74%	0,4	A.5: Goed oordeel cliënten:				i. Oordeel dienstverlening: ITS rapportcijfer (1 punt)	76%	76%	0,8	j. Oordeel uitvoering PGB: ITS rapportcijfer (1 punt)	77%	77%	0,8	TOTAAL			4,0		
	% van de score Concessiehouder	% van de score landelijk gemiddelde	Score (punten * % van de score)																																																																
A.2: Adequate afwikkeling administratieve processen:																																																																			
a. Beschikking: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)	85%	85%	0,2																																																																
b. Overmaken budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)	95%	92%	0,2																																																																
c. Verantwoording budgetbestedingen: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)	82%	84%	0,2																																																																
d. Terugvorderen niet besteed budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)	90%	87%	0,2																																																																
A.3: Adequate informatievoorziening en bereikbaarheid:																																																																			
e. Informatievoorziening PGB: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	72%	72%	0,4																																																																
f. Bereikbaarheid Zorgkantoor: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	73%	73%	0,4																																																																
A.4: Adequate kwaliteit medewerkers zorgkantoor:																																																																			
g. Bejegening: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	80%	83%	0,4																																																																
h. Deskundigheid medewerkers: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	72%	74%	0,4																																																																
A.5: Goed oordeel cliënten:																																																																			
i. Oordeel dienstverlening: ITS rapportcijfer (1 punt)	76%	76%	0,8																																																																
j. Oordeel uitvoering PGB: ITS rapportcijfer (1 punt)	77%	77%	0,8																																																																
TOTAAL			4,0																																																																
A.6	<p>Norm:</p> <p>a. 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.</p> <p>b. 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>	1	1																																																																
B.	Faciliteren van budgethouders bij verzilveren recht op zorg: doorlooptijden																																																																		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																				
	<p>Norm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Korte doorlooptijd in dagen tussen datum binnenkomst indicatie en het eerste contact met cliënt. En - Korte doorlooptijd in dagen tussen de datum waarop het dossier compleet is ingeleverd door cliënt en de datum verzending toekenningsbeschikking PGB. <p>Er wordt zowel in stap 1 als stap 4 gemeten in kalenderdagen.</p> <p>Voor de eerste stap is relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datum binnenkomst indicatie: registratiedatum in systeem (logging). - Datum eerste contact tussen zorgkantoor en cliënt: het moment waarop de eerste behandelstap in het toekenningsproces aan de aanvrager duidelijk wordt gemaakt. Van deze eerste stap is sprake als de concessiehouder van de aanvrager concrete actie verlangt - bijvoorbeeld de concessiehouder bezoekt of aanvullende informatie toezendt - op/binnen een vastgesteld tijdstip. De verantwoording van het contactmoment is de verzenddatum van de brief of e-mail of de datum van de contactnotitie naar aanleiding van het telefoongesprek met de aanvrager. Een beleping voldoet niet aan de eisen van het contact moment. <p>Voor de vierde stap is relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datum complete dossier: de datum waarop het complete aanvraagformulier, het budgetplan en alle van de cliënt gevraagde aanvullende informatie ontvangen zijn. - Datum verzending toekenningbeschikking: de registratiedatum van het versturen van de beschikking. 	n.v.t.	n.v.t.																				
	<p>Bevinding:</p> <table border="1" data-bbox="373 1093 1072 1397"> <thead> <tr> <th></th> <th>Doorlooptijd bij de Concessiehouder in dagen</th> <th>Landelijk gemiddelde in dagen</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Doorlooptijd stap 1</td> <td>6</td> <td>8,5</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Doorlooptijd stap 2 (inventariserend)</td> <td>67</td> <td>37,6</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Doorlooptijd stap 3 (inventariserend)</td> <td>1</td> <td>20,7</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Doorlooptijd stap 4</td> <td>14</td> <td>8,8</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Toelichting: De NZa concludeert dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol; - de definities niet uniform gehanteerd worden; - de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden; - de uitkomsten niet altijd plausibel zijn; - de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig. <p>Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p>		Doorlooptijd bij de Concessiehouder in dagen	Landelijk gemiddelde in dagen	Score	Doorlooptijd stap 1	6	8,5	n.v.t.	Doorlooptijd stap 2 (inventariserend)	67	37,6	n.v.t.	Doorlooptijd stap 3 (inventariserend)	1	20,7	n.v.t.	Doorlooptijd stap 4	14	8,8	n.v.t.		
	Doorlooptijd bij de Concessiehouder in dagen	Landelijk gemiddelde in dagen	Score																				
Doorlooptijd stap 1	6	8,5	n.v.t.																				
Doorlooptijd stap 2 (inventariserend)	67	37,6	n.v.t.																				
Doorlooptijd stap 3 (inventariserend)	1	20,7	n.v.t.																				
Doorlooptijd stap 4	14	8,8	n.v.t.																				
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 8	6,9																				

Bron: NZa

De concessiehouder moet het vermelde verbeterpunt realiseren.

2.3.2 Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Persoonsgebonden budget

De NZa heeft in haar onderzoek over 2013 geconstateerd dat de concessiehouder twee cruciale verbeterpunten 2012 Persoonsgebonden budget nog niet (geheel) had gerealiseerd. Deze cruciale verbeterpunten zijn opgenomen in Hoofdstuk 3 'Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken'.

De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2012. De concessiehouder heeft voldaan aan dit informatieverzoek.

Uit het onderzoek blijkt dat in 2014 één van de twee cruciale verbeterpunten is opgevolgd. De concessiehouder geeft in de laatste reactie op het informatieverzoek (d.d. 15 oktober 2015) aan dat aan beide cruciale verbeterpunten is voldaan. Beide cruciale verbeterpunten zijn in 2015 niet langer van toepassing in verband met de invoering van het trekkingsrecht en omdat ondertussen andere outcome-indicatoren zijn ontwikkeld.

2.4 Prestatie-indicator 3: Klachtenbehandeling

2.4.1 Prestatiemeting Klachtenbehandeling

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Klachtenbehandeling.

Tabel 7. Prestatiemeting 2014 Klachtenbehandeling

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
B.	Uitvoering klachtenbehandeling		
B.1	<p>Norm: Een voldoende percentage van de ontvangen klachten waarvan de ontvangst aan verzekerde binnen drie weken is bevestigd, dan wel binnen drie weken afhandeling heeft plaatsgevonden. Alleen schriftelijk ingediende klachten worden voor deze indicator in aanmerking genomen.</p>	1,25	1,25
	<p>Bevinding: Het percentage ontvangen klachten waarvan de ontvangst aan verzekerde binnen drie weken is bevestigd, dan wel binnen drie weken afhandeling heeft plaatsgevonden, bedraagt over alle kwartalen 2014 100%.</p>		
B.2	<p>Norm: Een voldoende percentage van de afgehandelde klachten die binnen zes weken zijn afgehandeld dan wel bij verdaging binnen tien weken. Alleen schriftelijk ingediende klachten worden voor deze indicator in aanmerking genomen.</p>	2,75	2,75
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het afhandelen van alle klachten door de concessiehouder binnen zes weken, dan wel bij verdaging, binnen tien weken.</i></p> <p>De NZa heeft geconstateerd dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.</p> <p>Het percentage afgehandelde klachten dat binnen zes weken is afgehandeld dan wel bij verdaging binnen tien weken, bedraagt over alle kwartalen van 2014 100%.</p>		
B.3	<p>Norm: Een voldoende percentage van de ontvangen klachten waarbij de klager in de gelegenheid is gesteld om gehoord te worden en van het horen een verslag is gemaakt. Alleen schriftelijk ingediende klachten worden voor deze indicator in aanmerking genomen.</p>	1,25	1,25
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het altijd aantoonbaar de klager in de gelegenheid stellen te worden gehoord. In een enkel geval is dit niet schriftelijk gebeurd.</i></p> <p>De NZa heeft geconstateerd dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.</p> <p>Het percentage ontvangen klachten waarbij de klager in de gelegenheid is gesteld om gehoord te worden, bedraagt over alle kwartalen 2014 100%.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
B.4	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft een schriftelijke reactie op de klacht verzonden. Deze reactie bevat de bevindingen van het onderzoek naar de klacht, een gemotiveerd oordeel en de eventuele conclusies die de concessiehouder daaraan verbindt. Bij de conclusie moet de concessiehouder in ieder geval (in algemene termen) aangeven of de klacht gegrond of ongegrond is verklaard.</p> <p>b. De concessiehouder gaat in de schriftelijke reactie aan de klager in op alle elementen van de klacht, ook op de door de klager genoemde bedragen.</p> <p>c. De concessiehouder stelt in de schriftelijke reactie de beleving van de klager centraal.</p> <p>d. Uit het klachtendossier blijkt dat de concessiehouder zich heeft ingespannen om, indien van toepassing, het probleem van de klager te helpen oplossen.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding:</p> <p>In het rapport van 2013 waren de volgende verbeterpunten opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Het in de klachtenafhandelingsbrief ingaan op alle elementen van de klacht, ook op de door de klager genoemde bedragen.</i> - <i>Het ook schriftelijk afdoen van de schriftelijk ontvangen klachten.</i> <p>De NZa heeft geconstateerd dat het eerste verbeterpunt niet is gerealiseerd.</p>		
	<p>Verbeterpunten:</p> <p>Het in alle gevallen volledig ingaan op alle aspecten van de klacht waarbij de beleving van de cliënt centraal staat en waarbij de concessiehouder zich heeft ingespannen om het probleem van de klager te helpen oplossen.</p>		
B.5	<p>Norm:</p> <p>Een voldoende percentage van de afgehandelde klachten waarbij de concessiehouder vermeldt dat de klager de mogelijkheid heeft om bij de Nationale ombudsman een verzoekschrift in te dienen. Daarbij is aangegeven binnen welke termijn dit moet gebeuren.</p> <p>Alleen schriftelijk ingediende klachten worden voor deze indicator in aanmerking genomen.</p> <p>Klacht: Elke uiting van onvrede door een verzekerde. Startdatum voor klachtbehandeling: Wordt door de concessiehouder voor elke klacht vastgelegd. Het betreft hier de ontvangstdatum van de klacht. Schriftelijk ingediende klachten: Klachten die per brief of per email worden ingediend.</p>	1	0,5
	<p>Bevinding:</p> <p>Het percentage afgehandelde klachten waarbij vermeld is dat de klager de mogelijkheid heeft om bij de Nationale ombudsman een verzoekschrift in te dienen, bedraagt over het eerste, tweede en vierde kwartaal 2014 100%. Uit het dossieronderzoek blijkt dat bij één klacht in et derde kwartaal niet is gewezen op de Nationale Ombudsman.</p>		
	<p>Verbeterpunt:</p> <p>Het in alle gevallen wijzen op de mogelijkheid om het verzoekschrift bij de Nationale Ombudsman in te dienen.</p>		
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 6,25	5,75

Bron: NZa

De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten 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 2014 in totaal 403 klachten ontvangen. Deze kunnen als volgt worden onderverdeeld:

Tabel 8. Verdeling klachten 2014

Aard van de klacht	Aantal
Functioneren zorgaanbieders	46
Privacyschending	1
Bejegening door personeel zorgkantoren	19
Bereikbaarheid zorgkantoren (inclusief telefonische bereikbaarheid).	12
Uitvoering PGB	177
Overige	148
Totaal	403

Bron: NZa

Bezwaarschriften

De concessiehouder geeft aan dat de gestelde norm in de Prestatiemeting Wlz 2015 voor de afhandeling van bezwaarschriften niet geheel in lijn is met de Awb. Verder wordt een aantal relevante bepalingen uit de Awb niet beschreven in de norm. De norm zou volgens de concessiehouder aangepast moeten worden, zodat deze aansluit bij de wet.

2.4.3 Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Klachtenbehandeling

De NZa heeft in haar onderzoek over 2013 geconstateerd dat de concessiehouder één cruciaal verbeterpunt 2012 Klachtenbehandeling nog niet (geheel) had gerealiseerd. Dit cruciale verbeterpunt is opgenomen in Hoofdstuk 3 'Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken'.

De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2012. De concessiehouder heeft voldaan aan dit informatieverzoek.

Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt gerealiseerd is.

2.5 Prestatie-indicator 4: Contracteerproces

2.5.1 Prestatiemeting Contracteerproces

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Contracteerproces.

Tabel 9. Prestatiemeting 2014 Contracteerproces

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.	Aandacht voor de positie van de cliëntenraad		
	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2014 aandacht voor de positie van de cliëntenraad en stelt vast:</p> <ul style="list-style-type: none"> – of de zorgaanbieder beschikt over een goed functionerende cliëntenraad; en bij twijfel: – of de cliëntenraad door de zorgaanbieder in 2014 geraadpleegd wordt bijvoorbeeld over kwaliteitscyclus, verbeterprojecten, informatie over aanvullende diensten; – of de zorgaanbieder met de cliëntenraad in 2014 overlegt over de werkwijze en algemene gang van zaken rond de invulling van het zorgplan. <p>De concessiehouder maakt hiervan aantoonbaar werk. Dit blijkt onder meer uit het inkoopbeleid 2015, de overeenkomst 2014 en /of het overleg met de zorgaanbieder in 2014.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 waren de volgende verbeterpunten opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Het aantoonbaar maken dat de concessiehouder heeft gecontroleerd dat de cliëntenraad door de zorgaanbieder is geraadpleegd over de algemene gang van zaken rond de invulling van het zorgplan.</i> – <i>Het niet beperken van een voorlichtingsbijeenkomst voor cliëntenraden voor het gehele werkgebied. Het werkgebied van de concessiehouder is daarvoor veel te groot.</i> <p>De NZa heeft dit onderzoek geconstateerd dat het eerste verbeterpunt is gerealiseerd en het tweede verbeterpunt nog niet.</p>		
	<p>Verbeterpunt: Het niet beperken van een voorlichtingsbijeenkomst voor cliëntenraden voor het gehele werkgebied. Het werkgebied van de concessiehouder is daarvoor veel te groot.</p>		
B.	Elementen die in het contracteer- en inkoopbeleid van de concessiehouder minimaal moeten zijn opgenomen		
	<p>Norm: Het contracteer- en inkoopbeleid 2015 van de concessiehouder beschrijft tenminste:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Gewenste veranderingen in aard, omvang, kwaliteit en spreiding van het zorgaanbod, mede op basis van demografische ontwikkelingen, wachtlijstgegevens, en ontwikkelingen in wet- en regelgeving. Hij 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. b. De belangrijkste uitgangspunten van de concessiehouder, aansluitend op de inkoopthema's, genoemd in het document Zorginkoop langdurige zorg 2015 van ZN. c. 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. 	n.v.t.	n.v.t.

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het jaarlijks opstellen van een regiovisie met aandacht voor regionale ontwikkelingen onder andere als gevolg van overheidsbeleid.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat het verbeterpunt nog niet volledig gerealiseerd is. De concessiehouder is weliswaar voornemens om per regio en per sector een regiovisie op te stellen maar dit is nog niet afgerond en aantoonbaar.</p>		
	<p>Verbeterpunt: Het jaarlijks opstellen van een regiovisie met aandacht voor regionale ontwikkelingen onder andere als gevolg van overheidsbeleid.</p>		
C.	<p>De concessiehouder sluit overeenkomsten met toegelaten extramurale zorgaanbieders die voldoen aan de algemene geschiktheidseisen.</p>		
	<p>Norm: De concessiehouder heeft in zijn contracteerbeleid 2015 duidelijk aangegeven:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dat hij zich conformeert aan het uniforme toetsingskader voor nieuwe zorgaanbieders, zoals in ZN verband voor 2015 afgesproken. Welke voorwaarden en criteria hij bij nieuwe aanbieders in afwijking van of in aanvulling op het uniforme toetsingskader toepast. Financiële ruimte voor nieuwe zorgaanbieders die voldoen aan de door hem vastgestelde kwaliteitseisen en naar zijn mening toegevoegde waarde hebben. 	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het expliciet in het inkoopbeleid aangeven dat de voorwaarden onverkort ook voor nieuwe zorgaanbieders gelden, met inachtneming van de in het inkoopbeleid hiervan uitgezonderde voorwaarden en eisen.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat het verbeterpunt gerealiseerd is.</p>		
D.	<p>De concessiehouder ontwikkelt een transparant, non discriminatoir en toetsbaar contracteer- en inkoopbeleid waarin aanbieders op gelijke manier worden behandeld.</p>		
D.1	<p>Norm: De concessiehouder beschikt over documentatie waarin per zorgaanbieder/offerte is opgenomen de mate waarin deze voldoet aan de contracteervereisten voor het jaar 2015. 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. Ook blijkt de conclusie die de concessiehouder hieraan heeft verbonden, bijvoorbeeld voor de prijs van de in te kopen zorg of in de vorm van een ranking.</p>	n.v.t.	n.v.t.

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het transparant opnemen in het inkoopbeleid van:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - de consequenties van het niet realiseren van verbeterafspraken; - de verdeling van de extramurale groei; - de voorwaarden voor het in aanmerking komen voor de rol als organisator van beschikbaarheidszorg in een regio en voor de consultatie SOG. <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt gerealiseerd is. Het punt betreffende de beschikbaarheidszorg is niet meer van toepassing vanwege de overheveling van de extramurale zorg.</p>		
D.2	<p>Norm: De concessiehouder heeft de procedure voor het contracteerproces en het contracteerbeleid 2015 uiterlijk 1 juli 2014 op zijn website gepubliceerd.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Toelichting: Dit toetspunt is bij de concessiehouder niet beoordeeld omdat hiervoor geen verbeterpunt 2013 was opgenomen.</p>		
D.3	<p>Norm:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. De concessiehouder maakt aan elke gecontracteerde zorgaanbieder voorafgaand aan de indiening van de tariefaanvraag (budgetformulier) 2015 bij de NZa, de som bekend van de in de regio overeengekomen budgetten. b. De concessiehouder vermeldt voor de zorgaanbieders duidelijk welk model voor het jaar 2015 wordt gehanteerd voor de inkoop van zorg. 	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het vereenvoudigen van het inkoopbeleid zodat zorgaanbieders bij het aangaan van de overeenkomst op de hoogte zijn van de voorwaarden, criteria en mogelijke consequenties.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat het verbeterpunt gerealiseerd is.</p>		
D.4	<p>Norm: De concessiehouder geeft in zijn contracteerbeleid 2015 en / of overeenkomst duidelijk aan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Wat hij verstaat onder onderaanneming, en een nadere toelichting van de vormen van onderaanneming die hij als zodanig onderscheidt. b. Onder welke voorwaarden eventuele capaciteitsmutaties leiden tot productieafspraken. c. Onder welke voorwaarden de concessiehouder met de zorgaanbieder eventueel principeafspraken wil maken voor de periode na 2015 onder voorbehoud van een verlenging van de concessieverlening na 2015. 	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het in het contracteerbeleid benoemen van de vormen van onderaanneming, die de concessiehouder als zodanig onderscheidt.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat het verbeterpunt gerealiseerd is.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
D.5	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder controleert in 2014 of de zorgaanbieder zich bij de ontruiming van de kamer van de overledene door de erfgenamen houdt aan de Algemene Leveringsvoorwaarden.</p> <p>b. De concessiehouder gaat na of de publieksvoorlichting van de zorgaanbieders over de termijn van ontruimen van de woonruimte na overlijden, in 2014 naar zijn mening voldoende is.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding:</p> <p>In het rapport van 2013 waren de volgende verbeterpunten opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder zich houdt aan de leveringsvoorwaarden betreffende het ontruimen van de leefruimte na overlijden.</i> - <i>Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder in zijn publieksvoorlichting duidelijk is over zijn ontruimingsbeleid bij overlijden.</i> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat beide verbeterpunten gerealiseerd zijn.</p>		
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: n.v.t.	N.v.t.

Bron: NZa

De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren.

2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Transparantie beschikbare contracteerruimte

Het zorgkantoor maakt op de website de som bekend maakt van de in de zorgkantoorregio overeengekomen budgetten in relatie tot de contracteerruimte.

Bewaking benutting PGB-kader en subsidieplafond

Maandelijks wordt de benutting van het PGB-kader gemonitord en indien overschrijding dreigt, wordt de monitor frequenter (zo nodig wekelijks) opgesteld om zicht te krijgen op de meest actuele stand van zaken. Monitoring per maand is prima zolang er voldoende budget beschikbaar is. Als een overschrijding dreigt, dan is monitoren op dagelijkse basis nodig, waarbij dan ook de werkvoorraad toe te kennen PGB's meegenomen wordt voor een meer accurate prognose van de uitgaven.

Voor het bewaken van het subsidieplafond is informatie over de werkelijke betalingen van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) nodig. Deze informatiestroom is nog niet operationeel. Hierover vindt nog overleg plaats met de SVB.

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 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte.

Tabel 10. Prestatiemeting 2014 Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
B.	Het bewaken van de zorgvraag of – behoefte		
	<p>Norm: De NZa toetst de totale onderproductie in de gerealiseerde productie 2013 op basis van de stand van zaken op 1 juni 2014. Aan dit onderdeel wordt voldaan als de onderproductie minder dan 1,0% bedraagt van de beschikingsafspraken 2013 (novemberronde 2013)</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 2013: 1 juni 2014.</p>	2	1
	<p>Bevinding: De concessiehouder heeft een onderbesteding van gemiddeld 1,1%, overschrijdt daarmee de norm van 1% en voldoet niet volledig aan de norm.</p>		
	<p>Verbeterpunt: Het ervoor zorgdragen dat de onderproductie op de beschikingsafpraak wordt teruggedrongen.</p>		
C.	Doelmatig inkopen van zorg		
	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder waarborgt via de zorginkoop dat de zorg aan cliënten passend en effectief is. Hij kan onderbouwen dat zijn activiteiten gericht op het bevorderen van structuren en netwerken voor integrale zorgverlening en ondersteuning leiden tot betere zorg en het voorkomen van onnodige kosten voor de AWBZ.</p> <p>b. De concessiehouder stuurt vanuit het oogpunt van doelmatige zorginkoop aantoonbaar op de prijs/kwaliteitverhouding van de AWBZ-zorg. De concessiehouder kan er daarbij voor kiezen om cliënttevredenheid en de voorkeuren van cliënten mee te nemen als onderdeel van zijn invulling van kwaliteit. NB: De toepassing van het kwaliteitskader wordt al getoetst onder C en D van PI6 (Innovatie en kwaliteit zorgverlening).</p> <p>c. De concessiehouder stuurt aantoonbaar op de kosten per regio en de kosten per cliënt, en waarborgt dat dit geen afbreuk doet aan de kwaliteit van de geleverde zorg.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 waren de volgende verbeterpunten opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Het systematisch uitwerken van de instrumenten die de concessiehouder wil inzetten om doelmatige zorgverlening te bevorderen.</i> - <i>Het actiever sturen op gepast gebruik.</i> <p>Beide verbeterpunten zijn meegenomen in het verdiepend onderzoek bij alle concessiehouders.</p>		
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 2	1

Bron: NZa

De concessiehouder moet het vermelde verbeterpunt realiseren.

2.6.2 Verdiepende vragen onderzoek Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Beoordelen doelmatigheid Volledig Pakket Thuis (Vpt) / Modulair pakket thuis (Mpt)

Het zorgkantoor controleert het advies dat de dossierhoudende zorgaanbieder heeft gegeven over de doelmatigheid van de leveringsvorm en laat de cliënt weten of dit besluit positief of negatief was. Het contact met de cliënt verloopt in principe via de zorgaanbieder, (nog) niet vanuit het zorgkantoor. Alleen als de cliënt vraagt om cliëntondersteuning van het zorgkantoor is er rechtstreeks contact. Wijzigingen hierin hangen af van het landelijk beoordelingskader 'Verantwoorde en doelmatige zorg', dat in 2015 in overstemming met VWS wordt opgesteld.

Het zorgkantoor informeert cliënten over de mogelijkheid om een persoonlijk plan in te dienen, maar laat het initiatief hiervoor nog bij de cliënt. Er wordt nog geen strikte termijn voor indiening gehanteerd.

Op het moment van onderzoek bestond het voornemen om op korte termijn alle nieuwe cliënten (met terugwerkende kracht tot 1-1-2015) te benaderen om hen actief te wijzen op de mogelijkheid van (onafhankelijke) cliëntondersteuning en de rol van het persoonlijk plan. De procedure voor intrekking van een Vpt of Mpt als dit naar mening van de Wlz-uitvoerder niet doelmatig of verantwoord aan de verzekerde kan worden geleverd, is nog in concept. Het zorgkantoor wil eerst ervaring opdoen met de huidige situatie. Als er landelijk een duidelijk kader ligt, wordt een en ander pas verder doorgevoerd. Op dit moment doen zich nog geen situaties voor en omdat het landelijk kader nog ontbreekt, worden er geen beschikkingen ingetrokken of negatieve beschikkingen afgegeven.

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 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening.

Tabel 11. Prestatiemeting 2014 Innovatie en kwaliteit zorgverlening

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
C.	Kwaliteitsborging V&V		
	<p>Norm: De concessiehouder:</p> <p>a. Beoordeelt bij de zorgaanbieder V&V het kwaliteitssysteem, mede op basis van de uitkomsten 2012 / 2013 van cliëntervaringen en zorginhoudelijke indicatoren van het landelijk kwaliteitskader V&V. De concessiehouder stelt in zijn zorginkoopbeleid 2015 eisen aan minimale cliënttevredenheid, aan zorginhoudelijke kwaliteit en aan de publicatie, en verbindt hieraan consequenties.</p> <p>b. Monitort via het opvragen van verbeterplannen in 2014 de verbetertrajecten 2014 van de zorgaanbieder – uit te voeren in samenspraak met de cliëntenraad - indien de uitkomsten van cliënttevredenheid of zorginhoudelijke kwaliteit hiertoe aanleiding gaven, en neemt zo nodig actie.</p> <p>c. Monitort in 2014 de kwaliteit van gecontracteerde AWBZ-zorg ook via de rapportages van IGZ-inspecties en onderneemt, afhankelijk van de bevindingen in de IGZ-rapportages, vervolgacties.</p>	2	2
D.	Kwaliteitsborging GHZ		
	<p>Norm: De concessiehouder beoordeelt de zorgaanbieder conform het nieuwe landelijk kwaliteitskader GHZ. De concessiehouder stelt in zijn inkoopbeleid 2015 eisen aan:</p> <p>a.</p> <ul style="list-style-type: none"> – de kwaliteit op organisatieniveau op basis van de uitkomsten van de kerngegevens van pijler 1, de meting en de publicatie; – de kwaliteit op cliëntniveau op basis van de uitkomsten van de kerngegevens voor zorg met verblijf of behandeling groep, conform pijler 2A, de meting en de publicatie; – de keuze door de zorgaanbieder van het cliëntervaringsinstrument in samenspraak met de cliëntenraad en het implementatieplan voor de meting van cliëntervaring conform pijler 2B. <p>De concessiehouder verbindt hieraan consequenties.</p> <p>b. Monitort via het opvragen van verbeterplannen in 2014 de verbetertrajecten 2014 van de zorgaanbieder – uit te voeren in samenspraak met de cliëntenraad - indien de uitkomsten van de kwaliteitsmeting hiertoe aanleiding gaven, en neemt zo nodig actie.</p> <p>c. Monitort in 2014 de kwaliteit van gecontracteerde AWBZ-zorg ook via de rapportages van IGZ-inspecties en onderneemt, afhankelijk van de bevindingen in de IGZ-rapportages, vervolgacties.</p>	2	2
E.	Anticiperen op ontwikkelingen		
	<p>Norm: De concessiehouder stimuleert en ondersteunt in zijn zorginkoop 2015 innovaties, bijvoorbeeld door hiervoor aandacht te vragen in de inkoopgesprekken, toepassing hiervan te belonen of door innovatieve zorg gericht in te kopen.</p>	2	2
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 6	6

Bron: NZa

2.7.2 Verdiepende vragen onderzoek Innovatie en kwaliteit zorgverlening

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

Stimuleren mantelzorg

Overeenkomst 2015

Het zorgkantoor heeft conform het landelijk uniform overeenkomstbeleid in de overeenkomst 2015 opgenomen dat:

- Een verzekerde bij de zorgvraagverduidelijking indien gewenst ondersteuning kan krijgen van een familielid, naaste of een door de verzekerde gekozen onafhankelijk adviseur of consulent. Deze ondersteuner mag niet direct betrokken zijn bij de zorglevering. In het zorg(leef)plan wordt vastgelegd wie de ondersteuning biedt.
- In het zorgplan is vastgelegd of er sprake is van mantelzorg en welke afspraken er zijn gemaakt met mantelzorgers. Dit omvat ook de eventuele hulp die die mantelzorger aanvullend op de door de zorgaanbieder verleende zorg kan en wil bieden.

Zorginkoopbeleid

De betrokkenheid van familie en mantelzorg is aan de orde bij verschillende inkoopthema's die door het zorgkantoor worden gehanteerd en wordt gemeten als onderdeel van de uitkomstindicatoren Dementie. Het zorgkantoor kent via een prijstoeslag een vergoeding toe aan zorgaanbieders die dit meetinstrument implementeren. Het zorgkantoor stimuleert zorg in de eigen omgeving en zelfredzaamheid van cliënten ook als criterium bij innovatie/best practices. Het is een vast onderwerp van gesprek tussen zorgaanbieder en zorgkantoor.

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 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura.

Tabel 12. Prestatiemeting 2014 Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
A.	Declaratieafspraken opnemen in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en concessiehouder		
	<p>Norm: De concessiehouder heeft in de overeenkomst voor 2015 afspraken opgenomen:</p> <p>a. In overeenstemming met de vigerende Regeling Declaratievoorschriften AWBZ-zorg over:</p> <ul style="list-style-type: none"> – de declaratie van geleverde zorg per declaratieperiode op prestatieniveau; – de declaratie van geleverde zorg per declaratieperiode op cliëntniveau; – de indiening van de productiemonitor over alle afgesproken prestaties. <p>b. Over:</p> <ul style="list-style-type: none"> – declaratie op cliëntniveau in overeenstemming met het uniforme Declaratieprotocol AWBZ; – de bevoorschotting van de declaratie op prestatieniveau en niet cliëntgebonden kosten door de concessiehouder via betaalopdrachten aan het CAK; – de bevoorschotting van de declaratie op cliëntniveau door de concessiehouder via betaalopdrachten aan het CAK; – de aanpassing van de bevoorschotting per declaratieperiode. 	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het duidelijk in de overeenkomst met zorgaanbieders opnemen hoe de maandelijkse aanpassing van de bevoorschotting op basis van de declaraties op cliëntniveau plaatsvindt.</i></p> <p>Ook in het huidige onderzoekjaar heeft de concessiehouder zorgaanbieders vooraf niet volledig geïnformeerd over de aanpassingen in de bevoorschottingsmethodiek. De concessiehouder heeft overigens aangegeven dit op te gaan pakken.</p>		
	<p>Verbeterpunt: Het duidelijk in de overeenkomst met zorgaanbieders opnemen hoe de maandelijkse aanpassing van de bevoorschotting op basis van de declaraties op cliëntniveau plaatsvindt.</p>		
B.	Realisatie declaratieafspraken prestaties		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p>Norm:</p> <p>a. Een voldoende percentage declaraties op cliëntniveau (AW319) dat tijdig door de concessiehouder is afgehandeld. Onder tijdig wordt verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tijdige verwerking van goedgekeurde declaraties op cliëntniveau. Deze verwerking leidt tot de betalingsopdracht aan het CAK binnen 20 werkdagen nadat de declaratie door VECOZO is ontvangen en technisch correct bevonden; – tijdige retourzending van afgekeurde declaraties op cliëntniveau (AW320) aan de zorgaanbieders binnen 20 werkdagen nadat de declaratie door VECOZO is ontvangen en technisch correct bevonden volgens het landelijke declaratieprotocol. <p>In aanmerking worden genomen alle op cliëntniveau aangeboden declaraties die door VECOZO in de betreffende kalendermaand zijn ontvangen en technisch correct bevonden.</p> <p>b. Een voldoende percentage declaraties op cliëntniveau (AW319) dat volledig door de concessiehouder is afgehandeld. Onder volledig wordt verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> – alle op cliëntniveau aangeboden goedgekeurde declaraties worden via de betalingsopdracht aan het CAK daadwerkelijk betaald; – alle op cliëntniveau aangeboden afgekeurde declaraties ontvangen een retourbericht (AW320). De goedgekeurde declaraties die betaalbaar zijn gesteld plus de afgekeurde declaraties waarop een retourbericht is verzonden, worden gerelateerd aan alle op cliëntniveau aangeboden declaraties die door VECOZO in de betreffende kalendermaand zijn ontvangen en technisch correct bevonden. <p>c. Een voldoende percentage declaraties op cliëntniveau (AW319) dat juist door de concessiehouder is afgehandeld. Onder juist wordt verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> – verwerking van uitsluitend goedgekeurde declaraties op cliëntniveau; – retourzending van afgekeurde declaraties op cliëntniveau (AW320) die niet voldoen aan de landelijke controle-eisen (N6 en N7, GBA, COV, samenloop). <p>In aanmerking worden genomen op cliëntniveau alle declaraties die door de concessiehouder in de betreffende kalendermaand zijn verwerkt:</p> <p>d. Een voldoende percentage gecontracteerde zorgaanbieders (op NZa rekenstaatniveau) dat de declaraties van zorg op cliëntniveau (AW319) per maand tijdig heeft ingediend. Onder tijdig wordt verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> – indiening binnen een maand volgend op de maand waarin de zorg is geleverd. <p>ZZP-ers worden voor de bepaling van dit percentage buiten beschouwing gelaten.</p> <p>e. Een voldoende percentage gecontracteerde zorgaanbieders (op NZa rekenstaatniveau) dat de declaraties van zorg op cliëntniveau (AW319) per maand juist heeft ingediend. Onder juist wordt verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> – de declaraties op cliëntniveau voldoet aan de landelijke controle-eisen (N1 t/m N7); – tenminste 80% van de declaraties, door de zorgaanbieder aangeleverd in de betreffende maandperiode, is door de concessiehouder goedgekeurd. ZZP-ers worden voor de bepaling van dit percentage buiten beschouwing gelaten. 	5,5	2

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score																								
	<p>Bevinding:</p> <table border="1" data-bbox="379 315 1082 936"> <thead> <tr> <th data-bbox="379 315 624 450">Outcome-Indicator taak 9: percentages cumulative meting</th> <th data-bbox="624 315 794 450">Gemiddelde over 12 maanden bij alle zorgkantoren</th> <th data-bbox="794 315 965 450">Landelijk gemiddelde</th> <th data-bbox="965 315 1082 450">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="379 450 624 546">Tijdige aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)</td> <td data-bbox="624 450 794 546">93%</td> <td data-bbox="794 450 965 546">95,0%</td> <td data-bbox="965 450 1082 546">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 546 624 642">Juiste aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)</td> <td data-bbox="624 546 794 642">94%</td> <td data-bbox="794 546 965 642">93,4%</td> <td data-bbox="965 546 1082 642">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 642 624 739">Tijdige afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)</td> <td data-bbox="624 642 794 739">99,9%</td> <td data-bbox="794 642 965 739">99,9%</td> <td data-bbox="965 642 1082 739">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 739 624 835">Juiste afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)</td> <td data-bbox="624 739 794 835">93,1%</td> <td data-bbox="794 739 965 835">97,6%</td> <td data-bbox="965 739 1082 835">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 835 624 931">Volledige afhandeling declaraties(maximaal te behalen score: 1)</td> <td data-bbox="624 835 794 931">100%</td> <td data-bbox="794 835 965 931">100%</td> <td data-bbox="965 835 1082 931">1</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="379 965 1177 1093">De concessiehouder heeft problemen gekend met het naleven van de definities. Verder zijn er geen voorselecties gemaakt. De afdeling Internal Audit heeft in een aparte rapportage de berekeningen van de indicatoren bekeken en geadviseerd dat de concessiehouder zich beter over de totstandkoming van deze indicatoren moet verantwoorden.</p>	Outcome-Indicator taak 9: percentages cumulative meting	Gemiddelde over 12 maanden bij alle zorgkantoren	Landelijk gemiddelde	Score	Tijdige aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)	93%	95,0%	0	Juiste aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)	94%	93,4%	0	Tijdige afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)	99,9%	99,9%	1	Juiste afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)	93,1%	97,6%	0	Volledige afhandeling declaraties(maximaal te behalen score: 1)	100%	100%	1		
Outcome-Indicator taak 9: percentages cumulative meting	Gemiddelde over 12 maanden bij alle zorgkantoren	Landelijk gemiddelde	Score																								
Tijdige aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)	93%	95,0%	0																								
Juiste aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)	94%	93,4%	0																								
Tijdige afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)	99,9%	99,9%	1																								
Juiste afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)	93,1%	97,6%	0																								
Volledige afhandeling declaraties(maximaal te behalen score: 1)	100%	100%	1																								
	<p>Verbeterpunt: Het voldoen aan de normen voor de tijdige en de juiste aanbieding en de juiste afhandeling van declaraties.</p>																										
C.	Bekostiging productie 2014																										
C.1	<p>Norm:</p> <p>a. Bevoorschotting declarabele prestaties op cliëntniveau: de concessiehouder paste in 2014 maandelijks de bevoorschotting van de zorgaanbieder aan de goedgekeurde gedeclareerde productie op cliëntniveau AW319 aan.</p> <p>En</p> <p>b. Bevoorschotting prestaties die niet op cliëntniveau gedeclareerd kunnen worden: De concessiehouder analyseerde in 2014 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>	n.v.t.	n.v.t.																								
	<p>Bevindingen:</p> <p>Tijdens het vorige onderzoek werd het volgende verbeterpunt aangegeven voor de bekostiging van de productie 2013: <i>Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting in periode t zodat de werkelijke productie AW319 van t-3 volledig wordt gevolgd.</i></p> <p>De NZa is van mening dat het verbeterpunt nog altijd niet is opgevolgd, omdat de concessiehouder nog altijd een bandbreedte hanteert.</p>																										

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	Verbeterpunt: Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting in periode t zodat de werkelijke productie AW319 van t-3 volledig wordt gevolgd.		
D.	Afrekenen met zorgaanbieders		
	Norm: De concessiehouder bevordert dat de door hem gecontracteerde zorgaanbieders hun nacalculatieformulieren over 2013, mede ondertekend door het zorgkantoor, voor 1 juni 2014 hebben ingediend bij de NZa. Hij kan aantonen dat hij voldoende actie heeft ondernomen richting zorgaanbieders om tijdige indiening te bewerkstellingen (bepaling in overeenkomst, manen van zorgaanbieders, bespreken in periodiek overleg, aanpassing van de bevoorschotting, korting op het budget).	2	2
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 7,5	4

Bron: NZa

De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren.

2.8.1.1 Reactie concessiehouder

De concessiehouder heeft met betrekking tot toetspunt C.1 aangegeven dat het beleid de laatste jaren niet veranderd is en inhoudt dat rechtmatige en doelmatige zorgaanspraken betaald worden tot aan de grens van de financiële waarde van de vigerende productieafspraken. Het doel is dat alle betalingen gedurende het jaar niet de contracteerruimte overschrijden. De concessiehouder geeft aan dat afgesproken is om in de komende periode in gesprek elkaars standpunten nader te duiden en de huidige vorm te bespreken met ZN waarbij de wens is dat aanpassing / verduidelijking komt van de norm.

2.8.1.2 Reactie NZa

De NZa neemt de reactie van de concessiehouder voor kennisgeving aan.

2.8.2 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdsniveau voor zorg in natura

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdsniveau 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 en de mutatiedagen op prestatieniveau. De concessiehouder controleert op cliëntniveau wanneer de intramurale cliënt uit zorg gaat, en wanneer zijn opvolger in zorg gaat. Dat doet hij met behulp van de meldingen in AZR, die steeds op cliëntniveau gebeuren.

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

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

De concessiehouder vult bij zijn proces "beoordelen nacalculaties" per zorgaanbieder een vast format (afwikkelingsformulier) waarbij de aangeleverde cijfers uit de nacalculatie, de productiemonitor en de AW319 naast elkaar worden gezet. Bovendien wordt dit vergeleken met de laatst gemaakte afspraak. De concessiehouder controleert op bedragen; bij te grote afwijkingen tussen de drie bronnen worden vragen aan de aanbieder gesteld over de oorzaak. Afhankelijk van de antwoorden wordt in overleg met de inkoop besloten hoe verder te handelen.

2.8.3 Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

De NZa heeft in haar onderzoek over 2013 geconstateerd dat de concessiehouder één cruciaal verbeterpunt 2012 Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura nog niet (geheel) had gerealiseerd. Dit cruciale verbeterpunt is opgenomen in Hoofdstuk 3 'Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken'.

De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2012. De concessiehouder heeft voldaan aan dit informatieverzoek.

Uit het onderzoek blijkt dat dit verbeterpunt nog niet gerealiseerd is. Dit betreft het maandelijks (zonder marges) aanpassen van de bevoorschotting aan de goedgekeurde werkelijke productie (gedeclareerde AW319).

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 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor PGB.

Tabel 13. Prestatiemeting 2014 Administratie op verzekerdenniveau voor PGB

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
A.	Vaststelling en toekenning voorlopige budgetten		
A.1	<p>Norm:</p> <p>a. Screening De concessiehouder heeft bij iedere aanvraag van een PGB 2014 vastgesteld:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dat er sprake is van een indicatiebesluit met een geldigheidsduur van tenminste één jaar. 2. Dat er bij indicatie voor begeleiding sprake is van tien of meer uren zorg. 3. Dat gebruik is gemaakt van een door het zorgkantoor beschikbaar gesteld aanvraagformulier. 4. Dat de aanvraag is vergezeld van een volledig ingevuld budgetplan. 5. Dat de aanvrager de beschikbaarheid van zorg in natura onderzocht heeft. 6. Dat de NAW-gegevens overeenstemmen met de GBA. 7. Of er sprake is van meerdere PGB's op één adres. 8. Of er sprake is van een overgang van zorg in natura naar PGB. 9. Of er sprake is van een budgethouder die afkomstig is van een ander zorgkantoor. 10. Of er sprake is van een herintredende budgethouder. 11. Of de budgethouder op de zwarte lijst van het verbond van Verzekeraars staat (in het EVR). <p><i>NB: Vanaf medio 2012 is raadpleging van het Elektronisch verwijsregister (EVR) alleen nog mogelijk als zorgkantoren twifelen over de integriteit van de aanvrager.</i></p> <p>Als de vaststelling onder a tot bevindingen heeft geleid, heeft de concessiehouder vervolgacties ondernomen. Deze vervolgacties zijn de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Indien nummer 1 tot bevindingen leidt, moet navraag worden gedaan bij de budgethouder. De budgethouder dient, bij geconstateerde onjuistheden, nieuwe NAW-gegevens aan te leveren. – Indien sprake is van meerdere PGB's op één adres voert het zorgkantoor een extra controle uit op de persoonsgegevens om een dubbele verstrekking te voorkomen. – Indien nummers 3 tot en met 6 tot bevindingen leiden en deze bevindingen worden aangemerkt als een signaal (risico) voor nader onderzoek naar misbruik en oneigenlijk gebruik dan moeten deze zaken worden betrokken in het programma huisbezoeken. – Indien sprake is van een overgang van zorg in natura naar PGB dan moet bij vermoedens direct navraag worden gedaan bij de budgethouder over de reden van omzetting. – Indien de budgethouder zorg continueert bij dezelfde zorgverlener moet contact worden opgenomen bij de zorgverlener over de reden van omzetting. <p>b. Bewuste-keuzegesprek De screening wordt gevolgd door een bewuste-keuzegesprek. De concessiehouder hanteert bij deze gesprekken de 'Handreiking proces Bewuste-keuzegesprek met nieuwe budgethouders' (ZN-nummer BI-13-5098). De onder voorzitterschap van VWS functionerende werkgroep PGB-fraude kan op basis van praktijkervaringen besluiten tot tussentijdse aanpassing van de handreiking. De concessiehouder moet de aanpassingen in de 'Handreiking proces Bewuste-keuzegesprek met nieuwe budgethouders' tijdig doorvoeren in haar toekenningsproces PGB 2014.</p>	1	1
	<p>Toelichting: De score heeft alleen betrekking op norm B waaraan de concessiehouder voldoet. Norm A was in 2013 geen verbeterpunt en is niet beoordeeld. Norm A valt buiten de beoordeling met betrekking tot het toekennen van scores.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
C.1	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft een risicoanalyse voor het PGB opgesteld die gericht is op het selecteren van verantwoordingsformulieren met een hoger dan gemiddeld risico op onjuiste en onrechtmatige uitgaven.</p> <p>b. De risicoanalyse mondt uit in een controleplan waarin de concessiehouder de risico's koppelt aan de controlefasen van het uitvoeringsproces PGB in 2014.</p> <p>c. De concessiehouder legt in het controleplan vast op welke wijze uitvoering wordt gegeven aan de bestandenanalyses en de steekproeven.</p> <p>d. De concessiehouder beschrijft in het controleplan de reikwijdte en diepgang van de controles in 2014.</p> <p>e. De concessiehouder beschikt over een controleplan voor het PGB waarin in ieder geval het volgende vastligt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – de uit te voeren bestandsanalyse; – de risicoanalyse voor de uitvoering van het Programma Huisbezoeken; – de onderbouwing dat de controle qua aard, omvang en diepgang toereikend is. 	2,5	2,5
C.2	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft bij de globale controle van de verantwoordingsformulieren 2014 alle bovenstaande punten getoetst.</p> <p>b. De concessiehouder heeft vervolgacties ondernomen als de globale controle tot bevindingen leidde.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Toelichting: Dit toetspunt is bij de concessiehouder niet beoordeeld omdat dit geen verbeterpunt in het rapport 2013 was.</p>		
C.3	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2014 bestandsanalyses uitgevoerd op de totale populatie PGB-houders. Als de bestandsanalyse tot bevindingen leidde heeft hij hierop passende vervolgacties ondernomen.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het effectief invulling geven aan de uitvoering van bestandsanalyses. De concessiehouder hanteert de bestandsanalyse uitsluitend voor screeningsactiviteit en zet de bestandsanalyse niet in om volgens het controleplan PGB, periodiek de gehele populatie te controleren.</i></p> <p>De NZa heeft geconstateerd dat het verbeterpunt niet is opgevolgd.</p>		
	<p>Verbeterpunt: Het effectief invulling geven aan de uitvoering van bestandsanalyses. De concessiehouder hanteert de bestandsanalyse uitsluitend voor screeningsactiviteit en zet de bestandsanalyse niet in om volgens het controleplan PGB, periodiek de gehele populatie te controleren.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
C.4	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft op basis van de risicoanalyse ('risicoprofiel budgethouders voor huisbezoeken') (toetsingsaspect C1) budgethouders geselecteerd voor het programma huisbezoeken.</p> <p>b. 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> <ol style="list-style-type: none"> 1. er is sprake van getekende zorgovereenkomsten; 2. er is sprake van zorglevering binnen het PGB-domein; 3. er is geen sprake van overschrijding van de maximumtarieven; 4. er is uitsluitend sprake geweest van girale betalingen; 5. er is geen sprake van surseance, faillissement of schuldsanering (WSNP); 6. kosten van vervoer betrekking hebben op vervoer van en naar de dagbesteding; 7. Kosten van zorginkoop in het buitenland maximaal betrekking heeft op een periode van 13 weken. <p>Als ook een verantwoordingsformulier onderdeel uitmaakt van het administratieve vooronderzoek wordt bovendien vastgesteld dat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. de verantwoording is in overeenstemming met de onderliggende declaraties, facturen, loonstroken, overeenkomsten en bankafschriften opgesteld; 9. de opgenomen bedragen tellen op tot het totaal gedeclareerde bedrag. <p>Bevindingen uit het administratief vooronderzoek worden betrokken bij het daaropvolgende huisbezoek.</p> <p>Indien het huisbezoek leidt tot bevindingen dan heeft de concessiehouder meerdere instrumenten tot haar beschikking staan:</p> <ul style="list-style-type: none"> – het intrekken van het al toegekende PGB; – het beëindigen van het PGB vanaf een latere datum; – het weigeren van een PGB voor het komende kalenderjaar. <p>Verder heeft de concessiehouder natuurlijk ook de mogelijkheid om al verantwoorde of nog te verantwoorden kosten af te keuren.</p> <p>Nota bene: Ook kan de concessiehouder – als het huisbezoek daartoe nadrukkelijk aanleiding geeft - een (ambtelijk) signaal aan het CIZ of BIZ geven met het verzoek tot een tussentijdse herindicatie.</p> <p>c. 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>d. Als de onrechtmatigheden betrekking hadden op mogelijk misbruik of oneigenlijk gebruik is de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld.</p> <p>e. 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>f. Bij herziening van al vastgesteld budgetten houdt de concessiehouder rekening met artikel 4:49 Awb.</p>	3	3
	<p>Aandachtspunt:</p> <p>Het zorgvuldig:</p> <ul style="list-style-type: none"> – vastleggen van gegevens in de gespreksformulieren; – opstellen van brieven. 		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
D.	Tijdige indiening afrekening bij het Zorginstituut Nederland		
	Norm: De zorgkantoren hebben de aanvraag tot vaststelling van de subsidie 2014 inclusief de accountantsverklaring tijdig, dat wil zeggen voor 1 juli 2015, aan het Zorginstituut Nederland aangeleverd.	0,5	0,5
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 7	7

Bron: NZa

De concessiehouder moet het vermelde verbeterpunt realiseren.

2.9.2 Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB

Ultimo 2013 bedroegen de vorderingen op budgethouders PGB € 31.736.000. Zorgkantoor Achmea N.V. moest de NZa periodiek informeren over de stand van zaken met betrekking tot de inspanningen en de resultaten om het openstaande saldo substantieel te verlagen. Uit het onderzoek blijkt dat Zorgkantoor Achmea N.V. aan deze informatieverplichting heeft voldaan.

Openstaande saldo PGB

Per 31 december 2014 bedraagt het saldo openstaande vorderingen op budgethouders PGB € 39.385.000. Per 31 december 2013 bedroeg het saldo € 31.736.000. Dit is een stijging van € 7.649.000 (24,1%). Het percentage openstaande vorderingen ten opzichte van de totale kosten subsidies PGB in 2014 bedraagt 8,7% (in 2013: 7,6 %). Van deze vorderingen is 60% ouder dan één jaar, 7% is tussen zes en twaalf maanden oud en 33% is maximaal een half jaar geleden ontstaan. In 2015 is vanwege het stopzetten van de activiteiten van Zorgkantoor Agis N.V. het saldo van Zorgkantoor Agis N.V. opgenomen bij Zorgkantoor Achmea N.V. Het gecombineerde saldo openstaande vorderingen per 30 juni 2015 bedraagt € 126.532.000 (ultimo 31 december 2014: € 90.551.000). Dit is een aanzienlijke stijging van bijna 40%.

De concessiehouder heeft hiervoor de volgende verklaring aangeleverd:

Momenteel worden veel subsidievestigingen opgesteld waarmee logischerwijs het debiteurensaldo toeneemt. Dit is ook zichtbaar in de rapportage van de concessiehouder van 1 juli 2015, waarin gemeld wordt dat er een stijging van het aantal budgethouders met een openstaande vordering is gestegen van 9.867 naar 21.996.

Recentelijk is er een issue geconstateerd met betrekking tot het debiteurensysteem. Als gevolg hiervan is het aanmaancproces niet in alle gevallen volledig doorlopen. Op dit moment vindt er nadere analyse plaats op de impact en probleemoplossing. Vanuit de eerste analyses betreft het issue nu een aanmaansaldo van € 29,5 mln. De helft van dit saldo is ontstaan in 2015.

2.9.3 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor PGB

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

De belangrijkste bevinding uit dit onderzoek is:

Kostenmutatie PGB

De kosten subsidieregelingen PGB-AWBZ zijn in 2014 inclusief verrekening oude jaren € 408.946.000 (2013: € 415.199.000). Dit is een kostendaling van 1,5% (landelijk: stijging van 0,6%).

2.10 Prestatie-indicator 9: Monitoring continuïteit zorgverlening

2.10.1 Prestatiemeting Monitoring continuïteit zorgverlening

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening.

Tabel 14. Prestatiemeting 2014 Monitoring continuïteit zorgverlening

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
B.	Uitvoering monitoring continuïteit zorgverlening		
B.1	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder vult het EWS met kengetallen op basis van de jaarrekeningen van alle gecontracteerde zorgaanbieders.</p> <p>b. 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>c. De concessiehouder heeft op basis van de uitkomsten van het EWS (bijvoorbeeld rood) in 2014 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>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevindingen:</p> <p>In het rapport 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het beter aantoonbaar controleren op invoerfouten in het gehanteerde model.</i></p> <p>De concessiehouder heeft dit opgepakt door onder andere een aantal controles in het formulier in te bouwen, door cijferbeoordelingen uit te voeren en door de inkopers de financiële ratioanalyses te laten accorderen.</p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.</p>		
B.3	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft aantoonbaar onderzoek uitgevoerd naar aanleiding van signalen van mogelijke discontinuïteit van zorg. Afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek zijn maatregelen genomen. Bijvoorbeeld het intensiveren van overleg tussen concessiehouder en zorgaanbieder, het aanpassen van de bevoorschotting, het stellen van eisen aan de zorgaanbieder, het inventariseren van de zorg waarvoor cliënten zijn geïndiceerd, het uitvoeren van een marktanalyse om vast te stellen welke mogelijkheden er zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen.</p> <p>b. De concessiehouder treedt bij gecontracteerde zorgaanbieders waar de continuïteit van zorg in gevaar is en die deel uitmaken van een concern, aantoonbaar in overleg met andere concessiehouders (zorgkantoren) die onderdelen van het concern hebben gecontracteerd om risico's rondom de continuïteit van zorg te signaleren.</p> <p>De concessiehouder zorgt ervoor dat er een op maat toegesneden actieplan om de zorgplicht voor de gedupeerde cliënten te garanderen, wanneer er een significant risico is op discontinuïteit van zorg. Het duidelijk vastleggen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn hierbij sleutelwoorden.</p>	n.v.t.	n.v.t.

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
	<p>Bevinding: In het rapport 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het volgen van de afspraken van zorg bij onderaanneming bijvoorbeeld door gericht materiële controle uit te voeren bij onderaanneming en het standaard meenemen van het onderdeel onderaanneming bij het periodieke overleg.</i></p> <p>Uit de bestudering van de uitgevoerde controlewerkzaamheden door de NZa ten behoeve van het controlejaar 2013, blijkt dat er in de aanpak in 2014 niets is veranderd. Ook toen werd een inventarisatie gemaakt van welke onderaannemers bij zorgaanbieders worden ingezet.</p> <p>De NZa heeft op basis van aangeleverde documenten onvoldoende zekerheid dat de concessiehouder onderstaande gemaakte afspraken met zorgaanbieders die zorg uitbesteden in voldoende mate volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – toeziet op de kwaliteit van de geleverde zorg door de onderaannemers; – toeziet op de doelmatige en rechtmatige besteding van de AWBZ-gelden. 		
	<p>Verbeterpunt: Het volgen van de afspraken van zorg bij onderaanneming bijvoorbeeld door gericht materiële controle uit te voeren bij onderaanneming en het standaard meenemen van het onderdeel onderaanneming bij het periodieke overleg.</p>		
	<p>Toelichting: Dit toetspunt is bij de concessiehouder niet beoordeeld omdat dit geen verbeterpunt in het rapport 2013 was.</p>		
C.	Anticiperen op nieuwe ontwikkelingen		
	<p>Norm:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. De concessiehouder vertaalt de landelijke visie op (mogelijke) consequenties van de kabinetsplannen voor de continuïteit van zorgverlening naar lokaal beleid. b. De concessiehouder heeft inzicht in de toekomstige benodigde intramurale capaciteit in de regio, inzicht in de beschikbare intramurale capaciteit en indien nodig een visie over hoe dit bij elkaar aan te sluiten. c. De concessiehouder voert overleg met stakeholders (onder andere. gemeenten, verzekeraars, zorgaanbieders, cliëntorganisaties) over de ontwikkelingen die consequenties kunnen hebben voor de continuïteit van de zorgverlening. 	2,75	2,75
D.	Ter inventarisatie: Outcome-indicator continuïteit zorgverlening	n.v.t.	n.v.t.

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p>Concessiehouders hebben een voorstel gedaan voor een outcome-gerichte indicator waarmee kan worden getoetst of zij de continuïteit van de zorgverlening voldoende hebben gewaarborgd. De NZa wil in de prestatiemeting 2014 schaduwdraaien met deze indicator, voordat zij een besluit neemt over mogelijke vervanging en/of aanscherping van nu gehanteerde procesindicatoren.</p> <p>De indicator is gekoppeld aan de doelstelling dat concessiehouders tijdig signaleren dat een zorgaanbieder in de problemen komt en daarop tijdig actie kunnen ondernemen, ten eerste om te voorkomen dat cliënten niet meer de zorg krijgen die zij nodig hebben, en ten tweede om te voorkomen dat er ten onrechte geld wordt overgemaakt.</p> <p>De indicator wordt alleen getoetst indien in de regio('s) van de concessiehouder in 2014 gecontracteerde AWBZ-zorgaanbieders gefailleerd zijn, waardoor er een risico ontstond op discontinuïteit van zorg of het weglekken van AWBZ-middelen.</p> <p>De indicator wordt toegelicht in het Model Uitvoeringsverslag en Financiële verantwoording concessiehouders 2014. De concessiehouder wordt getoetst op de volgende uitkomsten:</p> <p>Norm:</p> <ol style="list-style-type: none"> Een voldoende percentage van de cliënten dat een vervangend aanbod is aangeboden (en daarmee in zorg kan blijven). Is er geen AWBZ-geld uitgekeerd waar geen rechtmatige en doelmatige levering van AWBZ-zorg tegenover heeft gestaan. <p>NB: Onderdeel a, discontinuïteit van zorg, verstoken zijn van zorg: voorkomen is dat een cliënt die in AZR is gemeld als 'In zorg', geen passende zorg meer ontvangt.</p> <p>NB: Onderdeel b. er is geen geld betaald voor zorglevering terwijl er feitelijk geen zorg geleverd is.</p>		
	<p>Bevinding:</p> <p>De concessiehouder geeft aan dat alle cliënten in geval van een faillissement een vervangend aanbod hebben gekregen. Een enkele instelling had al geen cliënten meer in behandeling of leverde geen zorg..</p>		
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 2,75	2,75

Bron: NZa

De concessiehouder moet het vermelde verbeterpunt realiseren.

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:

Met ingang van 2015 is de extramurale zorg overgeheveld naar gemeenten en zorgverzekeringswet. Zorg en ondersteuning worden zo veel mogelijk thuis geleverd en alleen cliënten waarbij dit niet meer thuis verantwoord kan krijgen toegang tot de Wlz.

Dit kan mogelijk leiden tot continuïteitsproblemen door leegstand bij zorgaanbieders omdat minder cliënten een indicatie ontvangen. Bij continuïteitsproblemen kan worden gedacht in drie lagen:

- continuïteit van zorg;
- continuïteit van zorgaanbieder;
- continuïteit van zorg voor de individuele cliënt.

Continuïteit van zorg

De concessiehouder geeft aan dat er een algemene visie ontwikkeld is over de mogelijke consequenties van de Wlz voor de continuïteit van zorg, aan welke regionaal invulling wordt gegeven. Deze visie verwerkt de concessiehouder in de in ontwikkeling zijnde regioplannen. Continuïteit van zorgaanbieder is geen doel op zich, wel wil de concessiehouder zoveel mogelijk onnodige verhuisbewegingen van cliënten voorkomen. De concessiehouder zoekt naar een optimale spreiding van Wlz zorg. De monitoring van zorgaanbieders gebeurt via het EWS.

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

De concessiehouder beoordeelt op basis van de kennis van de (regionale) inkopers of de diversiteit en de spreiding van het aanbod toereikend zijn. De concessiehouder monitort de aanbieders via het EWS systeem waarin de financiële cijfers gecombineerd worden met indicatie- en declaratiecijfers en de kennis van de zorgaanbieders.

Continuïteit van zorgaanbieder

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

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

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

Continuïteit van zorg voor de individuele cliënt

Op basis van de huidige informatie heeft de concessiehouder inzicht in welke locaties gesloten moeten worden en hoeveel cliënten hierdoor gedwongen moeten verhuizen. Dit is echter ook afhankelijk van toekomstige ontwikkelingen.

De concessiehouder heeft geen zicht op de omvang van het aantal betrokken cliënten. De concessiehouder stelt als voorwaarde aan geplande gedwongen verhuizing dat hierover heldere en tijdige communicatie met bewoners en familie moet plaatsvinden. Bovendien moet hierbij de nodige zorgvuldigheid in acht worden genomen.

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

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

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

Tenslotte is de concessiehouder actief bezig met het bedenken van creatieve oplossingen voor het in stand houden van voorzieningen in de regio. Hiervoor worden regioplannen opgesteld in overleg met betrokken gemeentes en zorgaanbieders, waardoor er regiospecifieke creatieve oplossingen aan de orde komen.

2.11 Prestatie-indicator 10: Materiële controle

2.11.1 Prestatiemeting Materiële controle

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Materiële controle.

Tabel 15. Prestatiemeting 2014 Materiële controle

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
A.	Organisatie		
	<p>Norm: De concessiehouder heeft de materiële controle belegd bij een zelfstandige unit/afdeling/projectorganisatie waarbij sprake is:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Controleteams met voldoende medische deskundigheid. <i>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.</i> b. Controleteams waarin voldoende functiescheiding aanwezig is tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles bij zorgaanbieders. <i>Dit houdt in dat zorginkopers niet de controles uitvoeren bij de zorgaanbieders waarvoor zij de zorginkoop verzorgen of dat zij zelfstandig de vervolgacties naar aanleiding van de uitkomsten van materiële controles bepalen.</i> c. Betrokkenheid van de coördinator fraudebestrijding bij tenminste de opzet (risicoanalyse) en de evaluatie van de controleresultaten. 	1	1

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
B.	Aanpak		
	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft een plan van aanpak voor de uitvoering van materiële controles AWBZ in 2014. 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>b. De concessiehouder heeft het controledoel bepaald, een algemene risicoanalyse en een algemeen controleplan opgesteld.</p> <p>c. 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>d. De concessiehouder heeft het vastgestelde algemene controledoel en algemeen controleplan op zodanige wijze openbaar gemaakt dat die informatie gemakkelijk verkrijgbaar is voor verzekerden en zorgaanbieders.</p> <p>e. De concessiehouder heeft in de controleplannen vastgelegd op welke wijze is omgegaan met procedurele waarborgen, waaronder bepalingen inzake bescherming persoonsgegevens.</p> <p>f. 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>g. De concessiehouder heeft in zijn plan van aanpak opgenomen hoe hij omgaat met geconstateerde onregelmatigheden die hij constateert bij de uitvoering van de materiële controles.</p>	1	0,75
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het tijdig vaststellen en openbaar maken van het algemeen controleplan (voorafgaande aan het betreffende controlejaar. De concessiehouder geeft aan het controleplan 2015 voorafgaand aan het kalenderjaar 2015 te hebben gepubliceerd. - Het opnemen van specifieke bepalingen inzake bescherming persoonsgegevens in het controleplan materiële controle 2016. - Het aantoonbaar vastleggen van een aantal stappen in het proces materiële controle en welke afwegingen hierbij in welke fase van het proces gemaakt moeten worden: <ul style="list-style-type: none"> - het aantoonbaar vastleggen hoe de afweging gemaakt moet worden of uitkomsten aanleiding geven tot bijstelling van het controleplan of het verrichten van aanvullende werkzaamheden; - het aantoonbaar vastleggen hoe omgegaan moet worden met onzekerheden; - het aantoonbaar vastleggen wanneer terugvordering en/of vervolgstappen noodzakelijk zijn. 		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
C.	Uitvoering materiële controles		
C.1	<p>Norm:</p> <p>a. 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>b. 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>c. Bij de uitvoering van de materiële controles is gebruik gemaakt van de in de controleplannen beschreven mix van controlemiddelen (bestandsanalyses, benchmarking, cijferanalyse, accountantsverklaring over de juistheid van de gedeclareerde productie).</p> <p>d. De concessiehouder heeft de materiële controle 2014 uitgevoerd conform de algemene en specifieke controleplannen.</p> <p>e. 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>f. De concessiehouder heeft bij de detailcontroles en de enquêtes rekening gehouden met de procedurele waarborgen uit de Regeling zorgverzekering.</p>	3	2
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het nog meer aantoonbaar vastleggen van de inbreng van de verschillende organisatieonderdelen in het uitvoeren van de risicoanalyse. De inbreng is in 2014 sterk verbeterd. De concessiehouder heeft aangegeven dat dit in 2015 nog verder is verbeterd. - Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die is gemaakt om te bepalen welke controlemiddelen voor de verschillende gedefinieerde categorieën zorgaanbieders worden ingezet (ook in het kader van proportionaliteit en subsidiariteit). 		
C.2	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft in 2014 voor elke uitgevoerde materiële controle een foutenevaluatie opgesteld en indien noodzakelijk de (detail)controles uitgebreid.</p> <p>b. De concessiehouder heeft na constatering van onregelmatigheden een onderbouwde afweging gemaakt voor het instellen van vervolgacties.</p> <p>c. 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>d. De concessiehouder heeft bij vermoeden van misbruik of oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld voor het instellen van nader onderzoek.</p> <p>e. De concessiehouder heeft na afweging voor vervolgacties adequate maatregelen getroffen richting externe instanties, bijvoorbeeld het informeren van IGZ, het indienen van een klacht bij tuchtrechter, het inlichten van de NZa, het melden aan Externe Verwijs Register door de coördinator fraudebestrijding.</p> <p>f. De uitkomsten van de materiële controles zijn zodanig vastgelegd dat verantwoording aan en toetsing door toezichhouders mogelijk is.</p>	3	1,75

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	Verbeterpunten: <ul style="list-style-type: none"> – Het duidelijk vastleggen van overwegingen waarom welke vervolgacties worden ingesteld na constatering van onregelmatigheden. – Het duidelijk vastleggen van uitkomsten van de materiële controles zodat verantwoording en toetsing mogelijk is. 		
D.	Managementsturing en –informatie		
	Norm: Het management van de concessiehouder wordt in 2014 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. Het management van de concessiehouder stuurt aantoonbaar op de voortgang, de uitkomsten en vervolgacties van materiële controles via periodiek overleg of managementinformatie.	2	2
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 10	7,5

Bron: NZa

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

2.11.1.1 *Reactie concessiehouder*

De concessiehouder geeft het volgende aan:

- 1) *Toetspunt B: het aantoonbaar vastleggen hoe de afweging gemaakt moet worden of uitkomsten aanleiding geven tot bijstelling van het controleplan of het verrichten van aanvullende werkzaamheden*

De afdeling Materiële controle heeft in het algemeen controleplan verantwoord welke controlemiddelen voorhanden zijn en onder welke voorwaarden deze worden ingezet. Ook wordt in dit controleplan het proces van de risicoanalyse beschreven. In de uitvoer is gebleken dat zorgaanbieders voor meerdere controles zijn benaderd. Daarnaast wordt in het specifieke controleplan het proces beschreven.

- 2) *Toetspunt B: het aantoonbaar vastleggen hoe omgegaan moet worden met onzekerheden*

De concessiehouder geeft aan dat de afdeling Materiële controle in een notitie heeft vastgelegd hoe om te gaan met onzekerheden. De werkwijze sluit aan op deze notitie.

- 3) *Toetspunt B: het aantoonbaar vastleggen wanneer terugvordering en/of vervolgstappen noodzakelijk zijn.*

De concessiehouder geeft aan dat in het algemeen controleplan is aangegeven dat de na hoor en wederhoor vastgestelde onrechtmatigheid zal worden gecorrigeerd via de nacalculatie. Hierbij is ook het proces van extrapolatie expliciet beschreven.

- 4) *Toetspunt C.1: het aantoonbaar vastleggen van de afweging die is gemaakt om te bepalen welke controlemiddelen worden ingezet*

De concessiehouder geeft aan dat hij naar de zorgaanbieder communiceert over elke vervolgstap en de aanleiding daartoe. Daar waar in 2013 is vastgesteld dat te snel een detailcontrole is ingezet, is in 2014 systematisch een bureaucontrole en/of informatieverzoek als eerste uitgevoerd. Ook is in het plan vastgelegd dat een zwaarder middel wordt ingezet als een eerder middel niet op afdoende wijze het controledoel heeft bereikt.

In reactie op de vraag of het zichtbaar is dat het in juni 2014 gepubliceerde controleplan 2014 een geüpdate versie is van het controleplan 2013/2014 dat eind 2013 is gepubliceerd, meldt de concessiehouder dat dit niet het geval is.

2.11.1.2 Reactie NZa

Reactie op 1) dit verbeterpunt heeft niet betrekking op de planning van controle en controlemiddelen en de inzet hiervan, maar op het effect van controlemiddelen op het materiële controleplan. De concessiehouder heeft onvoldoende zichtbaar gemaakt welk effect de bevindingen uit de uitgevoerde materiële controle hebben op de geplande controles en controlemiddelen. De evaluatie van de controlebevindingen op het al vastgestelde materiële controleplan is onvoldoende zichtbaar.

Reactie op 2) dit verbeterpunt heeft niet betrekking op het aanwezig zijn van een notitie over de omgang van onzekerheden uit materiële controle, maar op het zichtbaar vastleggen van de overwegingen met betrekking tot de omgang van onzekerheden bij individuele dossiers. Hierdoor wordt het inzichtelijk waarom geconstateerde onzekerheden op een betreffende manier worden afgehandeld.

Reactie op 3) dit verbeterpunt heeft niet betrekking op het hebben van beleid ten aanzien van terugvorderingen zoals beschreven in het Algemene Controleplan, maar op het zichtbaar vastleggen van de overwegingen die wel of niet leiden tot een terugvordering bij individuele dossiers. Hierdoor wordt het inzichtelijk waarom de concessiehouder ervoor kiest naar aanleiding van specifieke bevindingen uit materiële controle wel of niet over te gaan tot een terugvordering. Het zichtbaar beschrijven van een algemene benadering zoals gedaan in het Algemene controleplan is onvoldoende om te toetsen of de toepassing hiervan adequaat is geweest per dossier. Bij vastlegging van deze overwegingen is het voor ons als toezichthouder wel toetsbaar.

Reactie op 4) Ook hiervoor geldt dat de overwegingen voor inzet van controlemiddelen bij individuele dossiers zichtbaar vastgelegd moet worden in het dossier, hierdoor kan de (adequate) toepassing van beschreven beleid in de materiële controleplannen getoetst worden door de toezichthouder.

De toegekende scores voor deze prestatie-indicator blijven ongewijzigd.

2.11.2 Informatie verzoek cruciale verbeterpunten Materiële controle

De NZa heeft in haar onderzoek over 2013 geconstateerd dat de concessiehouder twee cruciale verbeterpunten 2012 Materiële controle nog niet (geheel) had gerealiseerd. Deze cruciale verbeterpunten zijn opgenomen in Hoofdstuk 3 'Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken'.

De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2012. De concessiehouder heeft voldaan aan dit informatieverzoek.

Uit het onderzoek blijkt dat één verbeterpunt niet gerealiseerd is. Dit betreft het verbeteren van de aantoonbaarheid van de vastlegging van de afweging die gemaakt wordt bij de analyse van de uitkomsten van de materiële controles.

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 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik.

Tabel 16. Prestatiemeting 2014 Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
A.	Organisatie		
	<p>Norm:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. De concessiehouder heeft in 2014 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. b. De coördinator fraudebestrijding heeft een zelfstandige bevoegdheid tot het instellen van onderzoek op risicogebieden in de AWBZ. c. De coördinator fraudebestrijding en de medewerkers op de specifieke fraudeafdeling beschikken over duidelijke functie-omschrijvingen. d. De medewerkers moeten beschikken over deskundigheden voor de werkzaamheden in kader van bestrijding van M&O (bijvoorbeeld door opleidingen en/of ervaring). e. De coördinator fraudebestrijding en de specifieke fraudeafdeling moeten zijn aangesloten bij de organisatie en ontwikkelingen bij ZN/VvV op terrein van bestrijding van zorgfraude. 	2	1,5
	<p>Verbeterpunt:</p> <p>Het vergroten van de personele capaciteit voor het uitvoeren van fraudeonderzoeken, waardoor de werkdruk op de afdeling Speciale zaken acceptabel wordt. Een aandachtspunt is om naast financieel/juridische deskundigheid het team uit te breiden met sociaal wetenschappelijke disciplines.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
B.	Aanpak		
	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft in 2014 een actueel en gestructureerd plan van aanpak gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ. Het plan van aanpak voldoet aan de eisen van het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap en het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële instellingen.</p> <p>b. De concessiehouder heeft in het plan van aanpak opgenomen op welke wijze invulling wordt gegeven aan het Convenant aanpak verzekeringsfraude.</p> <p>c. Het plan van aanpak bevat een transparante risicoanalyse gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ.</p> <p>d. De risico's zijn vertaald naar onderzoeken op risico's en een planning voor de onderzoeken.</p> <p>e. 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	0,25
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het expliciet opnemen van verwijzingen naar onderstaande protocollen in het fraude jaarplan; <ul style="list-style-type: none"> - protocol verzekeraars & criminaliteit - gedragscode verwerking persoonsgegevens Zorgverzekeraars - gedragscode goed zorgverzekeraarschap - convenant aanpak verzekeringsfraude - Het opnemen van een transparante risicoanalyse in het fraude jaarplan die gericht is op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. <p>Aandachtspunt:</p> <p>Het aantal en de inhoud van doelstellingen in het fraude jaarplan zijn (zeer) ambitieus. Het aanbrengen van focus kan zorgdragen voor een effectieve realisatie van doelstellingen. Op dit moment (september 2015) is het merendeel van de beschreven doelstellingen in het jaarplan 2014 niet gerealiseerd.</p>		
C.	Uitvoering onderzoeken gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik		
C.1	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft in 2014 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>b. De concessiehouder heeft in 2014 aantoonbaar bestands- of systeemvergelijkingen uitgevoerd op mogelijke risicogebieden van misbruik en oneigenlijk gebruik.</p> <p>c. De concessiehouder heeft in 2014 verdiepend vervolgonderzoek uitgevoerd op signalen of vermoedens van misbruik en oneigenlijk gebruik, bijvoorbeeld op basis van signalen uit de monitoring van aanbieders, de materiële controles, de globale of intensieve PGB-controles of de bestands- of systeemvergelijkingen.</p> <p>d. De concessiehouder heeft in 2014 in voldoende mate aandacht besteed aan signalering, opsporing en afdoening van vermoeden van intern misbruik en oneigenlijk gebruik.</p>	1,5	0,75

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het verbeteren van de dossiervastlegging zodat de onderzoekswijze en diepgang duidelijk is. - Het zichtbaar vastleggen van de interne review op uitgevoerde fraudedossiers. <p>De concessiehouder heeft aangegeven dat deze verbeterpunten in 2015 opgepakt en gerealiseerd zijn.</p>		
C.2	<p>Norm:</p> <p>De concessiehouder heeft in 2014 bij alle vermoedens van misbruik en oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld.</p>	1	1
C.3	<p>Norm:</p> <p>De concessiehouder heeft in 2014 bij geconstateerde onregelmatigheden als gevolg van misbruik en oneigenlijk gebruik steeds de volgende acties uitgevoerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - terugvorderen onrechtmatig bestede AWBZ/pgb-middelen of het verrekenen van deze middelen met de bevoorschotting of afrekening van zorgaanbieders; - melden van vermoeden van misbruik bij het fraudeloket van het kenniscentrum ZN en registratie in het IVR en het EVR (voor EVR geldt dat dit geen hard toetspunt is gelet op standpunt NVB); - aangifte doen bij de politie of het OM; - melden geconstateerd oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden aan beleidsbepalende organisaties, zoals het Ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland en/of de NZa. 	2	1,5
	<p>Verbeterpunt:</p> <p>Het verkorten van de doorlooptijd door vergroten van de onderzoekscapaciteit.</p> <p>De concessiehouder heeft aangegeven dat in het derde kwartaal van 2015 de capaciteit opnieuw met twee tijdelijke fte's is uitgebreid voor zes maanden om de werkvoorraad te reduceren.</p>		
D.	Vastlegging signalen		
	<p>Norm:</p> <p>De concessiehouder registreert signalen van misbruik en oneigenlijk gebruik in een database, een interne verwijzingsindex of een incidentenregister (hierna: database). De concessiehouder moet in de database in 2014 in ieder geval hebben vastgelegd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - welke signalen van vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik betrekking hebben op de AWBZ; - welke signalen van vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik betrekking hebben op verzekeren en op zorgaanbieders; - in welke mate (aantallen en bedragen) sprake is van daadwerkelijk geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik; - de aard van het misbruik en oneigenlijk gebruik. 	1	0,5
	<p>Verbeterpunt:</p> <p>Het verder operationaliseren van de SAS-tool voor het genereren van nieuwe leads.</p>		
E.	Managementinformatie		
	<p>Norm:</p> <p>Het management van de concessiehouder wordt in 2014 in elk geval maandelijks of per kwartaal aantoonbaar geïnformeerd door middel van periodiek overleg of schriftelijke managementinformatie over de opzet, de voortgang, de resultaten en de vervolgacties van onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik. Het management van de concessiehouder stuurt aantoonbaar op de voortgang, de uitkomsten en vervolgacties inzake bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik via periodiek overleg of managementinformatie.</p>	0,5	0,25

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	Verbeterpunten: <ul style="list-style-type: none"> - Het verbeteren van de toelichting bij de cijfermatige rapportage. - Het opnemen van de voortgang in realisatie van de jaardoelen als onderdeel van de managementinformatie. <p>De concessiehouder heeft aangegeven dat deze verbeterpunten in 2015 zijn gerealiseerd.</p>		
F.	Audit interne of externe accountantsdienst		
	Norm: De interne of externe accountant heeft het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit in 2012, 2013 of 2014 getoetst op naleving. Er is een rapport van bevindingen opgesteld die ingaat op de eisen uit het Protocol en waarbij ook de invulling van de Monitor Fraudebeheersing is beoordeeld.	1	1
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 10	6,75

Bron: NZa

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

2.12.1.1 *Reactie concessiehouder*

De concessiehouder geeft het volgende aan:

Algemeen: de concessiehouder vindt de score 6,75 voor dit onderdeel niet representatief voor de vooruitgang die op dit onderdeel in 2014 is geboekt. De concessiehouder geeft aan dat de NZa beaamt heeft dat de concessiehouder de laatste tijd grote stappen heeft gezet, maar dat de toekenning van de score is gebaseerd op geheel 2014.

Specifiek:

- 1) De concessiehouder geeft met betrekking tot het opgenomen verbeterpunt onder toetspunt A aan dat er conform het verbeterplan in april 2014 twee fte's zijn aangetrokken voor het domein AWBZ, waarvan één fraudespecialist en één senior fraudespecialist. Alhoewel de senior fraudespecialist pas in het vierde kwartaal van 2014 volledig inzetbaar was is er een aanzienlijk beter rendement gehaald dan in 2013 en ook aantoonbaar beter dan andere concessiehouders. Het rendement is zes keer hoger dan in 2013 (2014: 6,4 miljoen aan bewezen fraude ten opzichte van 2013: € 1,1 miljoen). De concessiehouder geeft aan dat de werkdruk door de afdeling Speciale zaken als acceptabel ervaren wordt en dat dit onderbouwd kan worden uit cijfers uit het medewerkers betrokkenheid onderzoek 2014.
- 2) De concessiehouder geeft met betrekking tot de onder toetspunt B opgenomen verbeterpunten het volgende aan: het klopt dat er in het jaarplan 2014 niet expliciet verwezen is naar de genoemde protocollen. Maar in het jaarplan wordt verwezen naar het verbeterplan 2013 en daarmee is de link gelegd naar de bredere context van de reorganisatie van de afdeling Speciale zaken. In 2013 was het verbeterplan het hoofddocument voor de afdeling Speciale zaken en hierin wordt geschreven over alle wet- en regelgeving

inclusief protocollen. De inventarisatie en documentatie ten aanzien van de risicoanalyses is niet toegevoegd aan het jaarplan maar wordt separaat gedocumenteerd. De concessiehouder is van mening dat de norm aangeeft dat er een plan van aanpak moet zijn, en niet dat dit in het jaarplan moet opgenomen zijn. Het grote plan van aanpak plan was het verbeterplan 2013.

- 3) De concessiehouder geeft met betrekking tot de onder toetspunt E opgenomen verbeterpunten aan dat het klopt dat de managementrapportage in 2014 nog niet op het gewenste niveau was en voornamelijk cijfermatig. De concessiehouder heeft aangegeven dat de managementrapportage in 2015 verbeterd is en inmiddels voldoet. De voortgang van de lopende actiepunten en doelstellingen was in 2014 niet opgenomen in de managementrapportage, echter een en ander werd wel besproken via het periodiek fraudeoverleg met het management. Hiervan is een planning en verslaglegging aanwezig. Dit onderdeel is in 2015 wel beter opgepakt. De actiepunten in het jaarplan worden nu doorlopend bijgewerkt met de laatste status en op de Groepschijf geplaatst en dit is inmiddels ook onderdeel van het periodieke fraudeoverleg met het management. De norm is volgens de concessiehouder dat er maandelijks of per kwartaal informatieoverdracht is naar het management door middel van een managementrapportage of overleg. De concessiehouder geeft aan dat strikt genomen deze norm in 2014 gehaald is door de rapportages en de bijeenkomsten.

2.12.1.2 *Reactie NZa*

Reactie op 1) de Senior specialist is (half) november in dienst getreden en het effect van zijn indiensttreding in 2014 op de gehele uitvoering van het proces Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik is daarom zeer laag en daarom niet meegenomen in de waardering. Daarbij is de werkvoorraad AWBZ redelijk constant gebleven, rond de 55 dossiers. Om precies te zijn was de werkvoorraad AWBZ in januari 55 en bedroeg deze in december 2014 53 dossiers. Voor de beoordeling van de personele capaciteit is dit ook beoordeeld en zijn niet alleen de gerealiseerde terugvorderingen bepalend. Deze bedragen zeggen namelijk niets over de werkdruk op de afdeling Speciale zaken. De werkvoorraad geeft hier wel een goed beeld van. In de reactie uit de formele hoor geeft de concessiehouder ook aan dat de personele capaciteit in 2015 met twee fte's (tijdelijk) is toegenomen om de werkvoorraad te reduceren. Naast de werkvoorraad heeft de actuele discussie over PGB-fraude ook een impact op de beschikbaarheid van de medewerkers voor reguliere werkzaamheden.

Reactie op 2) het jaarplan is het plan van aanpak voor het proces misbruik en oneigenlijk gebruik, en wij vragen om hier een nadrukkelijke verwijzing in op te nemen. Het opnemen van een risicoanalyse maakt hier ook onderdeel van uit. In het jaarplan moet een duidelijke lijn zichtbaar zijn tussen wet- en regelgeving, de (fraude)doelstellingen die het zorgkantoor hierop vaststelt en de risico's die hier aan verbonden zijn. Dit is nu onvoldoende zichtbaar uit het jaarplan.

Reactie op 3) de norm gaat niet over informatieoverdracht, maar over managementinformatieoverdracht. Dit betekent dat de informatie die geleverd wordt aan het management aan moet sluiten bij deze doelgroep. Alleen een cijfermatige rapportage is naar onze mening onvoldoende. Deze conclusie wordt ook gedragen door de divisie Control. Na controle door genoemde divisie zijn zij ook tot dezelfde conclusie gekomen.

Wel heeft de NZa onder de verbeterpunten aangegeven dat de concessiehouder heeft aangegeven dat deze verbeterpunten in 2015 gerealiseerd zijn.

De toegekende scores voor deze prestatie-indicator blijven ongewijzigd.

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

De NZa heeft in haar onderzoek over 2013 geconstateerd dat de concessiehouder twee cruciale verbeterpunten 2012 Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik nog niet (geheel) had gerealiseerd. Deze cruciale verbeterpunten zijn opgenomen in Hoofdstuk 3 'Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken'.

De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de cruciale verbeterpunten 2012. De concessiehouder heeft voldaan aan dit informatieverzoek.

Uit het onderzoek blijkt dat de cruciale verbeterpunten gerealiseerd zijn.

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 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratieve organisatie en interne beheersing.

Tabel 17. Prestatiemeting 2014 Administratieve organisatie en interne beheersing

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
A.	Kwaliteit administratieve organisatie en interne beheersing		
A.2	<p>Norm: De concessiehouder beschikt over een voor aanvang van het controlejaar 2014 opgesteld controleplan. Uit het controleplan blijkt dat de aanpak zodanig is opgezet dat voldaan wordt aan de betrouwbaarheids- en nauwkeurigheidseisen die genoemd worden in de NZa Regeling VA/NR-100.048 Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars. De concessiehouder moet in de loop van het kalenderjaar het protocol ook aanpassen als de actualiteiten dat vereisen.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 waren de volgende verbeterpunten opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Het opstellen en vaststellen van een controleplan voorafgaand aan het controlejaar.</i> - <i>Het verbeteren van de audittrail in het controleplan zodat duidelijker de samenhang blijkt tussen de risicoanalyse, de aanwezige mitigerende maatregelen, de restrisico's, de uit te voeren controlewerkzaamheden, de selectiewijze en de rapportagestructuur.</i> - <i>Het volledig voldoen aan de artikelen 5 en 6 van de Regeling Controle AWBZ Administratie AWBZ verzekeraars (inclusief het onderdeel privacy).</i> <p>In het onderzoek 2014 heeft de NZa het volgende voor deze bevindingen geconstateerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het controleplan 2014 is niet voorafgaand aan het jaar vastgesteld. Het verbeterpunt is niet gerealiseerd. - De audittrail is in 2014 sterk verbeterd. Echter de samenhang tussen de elementen ligt vast in verschillende documenten. Dit maakt het herkennen van de samenhang niet optimaal. Het opnemen van de hoofdlijnen van de samenhang in het controleplan zou het begrip vergroten. Het verbeterpunt is deels gerealiseerd. - In 2014 zijn stappen gezet in de verbetering van het onderdeel privacy. Deze verbeteracties worden in 2015 verder voortgezet. De concessiehouder voldoet hiermee nog niet volledig aan genoemde artikelen. Het verbeterpunt is niet gerealiseerd. 		
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het opstellen en vaststellen van een controleplan voorafgaand aan het controlejaar. - Het verder verbeteren van de audittrail in het controleplan zodat duidelijker de samenhang blijkt tussen de risicoanalyse, de aanwezige mitigerende maatregelen, de restrisico's, de uit te voeren controlewerkzaamheden, de selectiewijze en de rapportagestructuur. - Het volledig voldoen aan de artikelen 5 en 6 van de Regeling Controle AWBZ Administratie AWBZ verzekeraars (inclusief het onderdeel privacy). 		
A.3	<p>Norm: De concessiehouder heeft in 2014 interne controlewerkzaamheden overeenkomstig het controleplan uitgevoerd.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het gespreid over en gedurende het boekjaar uitvoeren van controles zodat bijsturing tijdens het boekjaar kan plaatsvinden (vooral formele en materiële controles).</i></p> <p>In het onderzoek 2014 heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt niet is gerealiseerd.</p>		
	<p>Verbeterpunt: Het gespreid over en gedurende het boekjaar uitvoeren van controles zodat bijsturing tijdens het boekjaar kan plaatsvinden (vooral formele en materiële controles).</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
B.	Kwaliteit geautomatiseerde gegevensverwerking		
B.2	<p>Norm: De concessiehouder heeft inzicht in de opzet en het bestaan van de in de applicaties ingebouwde application controls. De concessiehouder heeft de blijvend juiste werking van deze application controls in 2014, bijvoorbeeld via een IT audit, vastgesteld. 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>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het vaststellen van de opzet, het bestaan en de blijvend juiste werking van de application controls.</i></p> <p>In het onderzoek 2014 heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt deels is gerealiseerd. Achmea heeft voor de applicatie AZR een IT audit rapport beschikbaar waarin opzet, bestaan en blijvende werking is aangetoond. In 2015 zullen voor de overige applicaties de application controls worden getoetst voor de opzet en bestaan en voor de blijvend juiste werking.</p>		
	<p>Verbeterpunt: Het vaststellen van de opzet, het bestaan en de blijvend juiste werking van de application controls. De concessiehouder heeft aangegeven dat in 2015 voor de overige applicaties de application controls worden getoetst voor opzet en bestaan en blijvende werking.</p>		
B.3	<p>Norm: Uit de bevindingen en conclusies van de IT audit blijkt dat de concessiehouder in opzet toereikende maatregelen heeft getroffen voor de permanente beschikbaarheid en continuïteit van de geautomatiseerde systemen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende het jaar 2014 hebben gewerkt. 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>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het vaststellen dat de maatregelen die zijn getroffen voor de continuïteit van de geautomatiseerde systemen gedurende het jaar hebben gewerkt.</i></p> <p>In het onderzoek 2014 heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.</p>		
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: n.v.t.	n.v.t.

Bron: NZa

De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren.

2.13.2 Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Administratieve organisatie en interne beheersing

De NZa heeft in haar onderzoek over 2013 geconstateerd dat de concessiehouder twee cruciale verbeterpunten 2012 Administratieve organisatie en interne beheersing nog niet (geheel) had gerealiseerd. Deze cruciale verbeterpunten zijn opgenomen in Hoofdstuk 3 'Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken'.

De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2012. De concessiehouder heeft voldaan aan dit informatieverzoek.

Uit het onderzoek blijkt dat drie verbeterpunten niet (geheel) gerealiseerd zijn. Dit betreft het verbeteren van de audittrail, het volledig voldoen aan de artikelen 5 en 6 van de NZa Regeling en Controle AWBZ Administratie AWBZ verzekeraars en het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken.

3. Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken

3.1 Opvolging verbeterpunten 2013

In het rapport uitvoering AWBZ 2013 heeft de NZa een aantal verbeterpunten opgenomen. In onderstaande tabellen zijn deze verbeterpunten opgenomen als de concessiehouder op de betreffende prestatie-indicator over 2013 een onvoldoende of een voldoende heeft gerealiseerd. Daarnaast is in deze tabel opgenomen of de concessiehouder de verbeterpunten al dan niet heeft gerealiseerd.

Tabel 18. Verbeterpunten PI 2: Persoonsgebonden budget

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het aanpassen van de begeleidende brief waarbij de juiste inlevertermijn voor indiening van verantwoordingsinformatie wordt genoemd. De inlevertermijn van de verantwoordingsinformatie moet zes weken zijn in plaats van de genoemde zeven weken.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het vermelden in de brieven die bij het verantwoordingsformulier over het tweede half jaar zijn verzonden van de mogelijkheid om het verantwoordingsformulier in te dienen via de website van de Sociale Verzekeringsbank.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd in verband met de invoering van het trekkingsrecht.
3.	Het toekennen van het PGB-budget binnen 28 dagen nadat de aanvraag is ontvangen.	Dit verbeterpunt is niet meer relevant in verband met de invoering van de nieuwe outcome-indicator <i>Doorlooptijden</i> .
4.	Het zodanig aanpassen van de processen zodat binnen tien weken de toekenningsbeschikking wordt verstrekt. Het percentage aanvragen waarbij deze norm wordt overschreden mag hoogstens 5% zijn.	Dit verbeterpunt is niet meer relevant in verband met de invoering van de nieuwe outcome-indicator <i>Doorlooptijden</i> .

Bron: NZa

Tabel 19. Verbeterpunten PI 3: Klachtenbehandeling

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het afhandelen van alle klachten door de concessiehouder binnen zes weken, dan wel bij verdaging, binnen tien weken.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd,
2.	Het altijd aantoonbaar de klager in de gelegenheid stellen te worden gehoord.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
3.	Het ook schriftelijk afdoen van de schriftelijk ontvangen klachten.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd,
4.	Het in de klachtenafhandelingsbrief ingaan op alle elementen van de klacht, ook op de door de klager genoemde bedragen.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd. De afhandeling van twee klachten uit het deelonderzoek zijn kwalitatief niet juist afgehandeld.

Bron: NZa

Tabel 20. Verbeterpunten PI 4: Contracteerproces

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het aantoonbaar maken dat de concessiehouder heeft gecontroleerd dat de cliëntenraad door de zorgaanbieder is geraadpleegd over de algemene gang van zaken rond de invulling van het zorgplan.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het niet beperken van een voorlichtingsbijeenkomst voor cliëntenraden voor het gehele werkgebied.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd, omdat de voorlichtingsbijeenkomst voor cliëntenraden nog steeds voor het hele werkgebied is.
3.	Het jaarlijks opstellen van een regiovisie met aandacht voor regionale ontwikkelingen onder andere als gevolg van overheidsbeleid.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd, omdat de concessiehouder nog niet jaarlijkse een visie per regio opstelt.
4.	Het expliciet in het inkoopbeleid aangeven dat de voorwaarden onverkort ook voor nieuwe zorgaanbieders gelden, met inachtneming van de in het inkoopbeleid hiervan uitgezonderde voorwaarden en eisen.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
5.	Het transparant opnemen in het inkoopbeleid van: <ul style="list-style-type: none"> – de consequenties van het niet realiseren van verbeterafspraken; – de verdeling van extramurale groei; – de voorwaarden voor het in aanmerking komen voor de rol als organisator van beschikbaarheidszorg in een regio en voor de consultatie SOG. 	Dit verbeterpunt is gerealiseerd. Het punt over de beschikbaarheidszorg is niet meer van toepassing vanwege de overheveling van de extramurale zorg.
6.	Het vereenvoudigen van het inkoopbeleid zodat zorgaanbieders bij het aangaan van de overeenkomst op de hoogte zijn van de voorwaarden, criteria en mogelijke consequenties.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
7.	Het in het contracteerbeleid benoemen van de vormen van onderaanneming, die de concessiehouder als zodanig onderscheidt.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
8.	Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder zich houdt aan de leveringsvoorwaarden betreffende het ontruimen van de leefruimte na overlijden.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
9.	Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder in zijn publieksvoorlichting duidelijk is over zijn ontruimingsbeleid bij overlijden.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.

Bron: NZa

Tabel 21. Verbeterpunten PI 5: Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het systematisch uitwerken van de instrumenten die de concessiehouder wil inzetten om doelmatige zorgverlening te bevorderen.	Dit verbeterpunt is vanwege de Wlz niet bij individuele concessiehouder onderzocht en maakt onderdeel uit het landelijke verdiepende onderzoek naar de invulling van doelmatigheid.
2.	Het actiever sturen op gepast gebruik.	Dit verbeterpunt is vanwege de Wlz niet bij individuele concessiehouder onderzocht en maakt onderdeel uit het landelijke verdiepende onderzoek naar de invulling van doelmatigheid.
3.	Het opnemen in het inkoopbeleid van de grenzen van een acceptabele onderproductie.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
4.	Het ervoor zorgdragen dat de onderproductie op de beschikingsafspraken wordt teruggedrongen.	Dit verbeterpunt is nog niet volledig gerealiseerd.

Bron: NZa

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

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het in de overeenkomst voor het volgende contractjaar en/of in een begeleidend schrijven de bevoorschottingssystematiek toelichten, inclusief eventuele toe te passen wijzigingen in de loop van het jaar.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd, omdat gedurende het jaar de normen in de systematiek zijn aangepast, waarover niet is gecommuniceerd.
2.	Het in de overeenkomst voor het volgende jaar voorzien in een maandelijks aan te passen voorschot dat volledig meebeweegt met de werkelijke productie AW319 t-3.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd, omdat dit nog steeds niet duidelijk is aangegeven.
3.	Het monitoren van de juistheid van de AW319 gedurende het gehele jaar.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
4.	Het gedurende het gehele jaar inzetten van voldoende actie als juiste indiening achterwege blijft.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
5.	Het opstellen van een duidelijke managementrapportage waarin naast volledigheid ook kerngegevens zijn opgenomen over de tijdige indiening van de declaraties en over de juistheid, zodat het management tijdig kan bijsturen.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd, omdat de rapportage van het management van Zorginkoop hierop niet is aangepast. De concessiehouder heeft aangegeven de rapportages aan te passen.
6.	Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting in periode t zodat de werkelijke productie AW319 van t-3 volledig wordt gevolgd.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd, omdat nog altijd een bandbreedte wordt gehanteerd.

Bron: NZa

Tabel 23. Verbeterpunten PI 10: Materiële controle

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het tijdig vaststellen en openbaar maken van het algemeen controleplan (voorafgaande aan het betreffende controlejaar).	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd. Het controleplan 2014 is in juli 2014 gepubliceerd.
2.	Het aantoonbaarder vastleggen van een aantal stappen (zie paragraaf 2.11) in het proces materiële controle en welke afwegingen hierbij in welke fase van het proces gemaakt moeten worden.	Dit verbeterpunt is nog niet volledig gerealiseerd. Met de implementatie van de applicatie RoC in 2014 is een verbetering doorgevoerd in de aantoonbaarheid van de vastleggingen van overwegingen. De aantoonbaarheid behoeft nog verdere verbetering.
3.	Het verbeteren van het proces van materiële controle, onder andere door het opvolgen van de intern geconstateerde verbeteracties naar aanleiding van de interne review van de risicoanalyse materiële controle AWBZ 2013.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
4.	Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die is gemaakt om te bepalen welke controlemiddelen voor de verschillende gedefinieerde categorieën zorgaanbieders worden ingezet (ook in het kader van proportionaliteit en subsidiariteit).	Dit verbeterpunt is deels gerealiseerd. De afwegingen zijn in 2014 beter vastgelegd. Om te komen tot een goede aantoonbaarheid behoeft dit punt nog verdere verbetering.
5.	Het terugvorderen bij zorgaanbieders van onrechtmatige schaden uit eerdere verslagjaren indien er onrechtmatigheden naar voren komen uit eerdere verslagjaren bij het uitvoeren van materiële controles over het huidige verslagjaar.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
6.	Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die gemaakt wordt bij de analyse van de uitkomsten van de materiële controles en wat dit betekent voor de controleaanpak / risicoanalyse.	Dit verbeterpunt is nog niet volledig gerealiseerd. De aantoonbaarheid is sterk verbeterd maar behoeft nog verder verbetering.
7.	Het corrigeren van alle financiële fouten in de financiële verantwoording (inclusief voorgaande jaren).	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.

Bron: NZa

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

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het afronden van het op peil brengen van de personele bezetting.	Dit punt is niet volledig gerealiseerd, om de werkdruk en de doorlooptijd van de onderzoeken moet verbeteren.
2.	Het afronden van risicoanalyses voor zorg in natura (instellen controleplatform ZIN), het opnemen hiervan in het plan van aanpak en dit plan tot uitvoering brengen.	Dit punt is gerealiseerd.
3.	Het inventariseren van de risico's voor interne fraude en het hiervan opnemen in het plan van aanpak.	Dit punt is gerealiseerd.
4.	Het daadwerkelijk uitvoeren van bestandsvergelijkingen/ datamining.	Dit punt is gerealiseerd.
5.	Het bevorderen van het integriteitsbewustzijn en het uitvoeren van het awarenessprogramma voor medewerkers van het zorgkantoor.	Dit punt is gerealiseerd.
6.	Het beter toegankelijk maken van de website voor het melden van mogelijke fraude.	Dit punt is gerealiseerd.
7.	Het verder verbeteren van de samenwerking tussen fraudecoördinator en de uitvoerende afdeling speciale zaken.	Dit punt is gerealiseerd.
8.	Het borgen dat procedures en protocollen worden nageleefd.	Dit punt is niet volledig gerealiseerd, omdat er geen expliciete verwijzing in het Jaarplan fraude is opgenomen.
9.	Het vastleggen van signalen in 2014 die zelf gegenereerd zijn vanuit de risicomatrix, zorginkoop en materiële controle.	Dit punt is niet volledig gerealiseerd, omdat de opvolging hiervan in het tweede half jaar van 2014 is opgepakt.
10.	Het aanpassen c.q. uniformeren van managementrapportages, waardoor eventuele noodzakelijke bijsturing mogelijk en inzichtelijk wordt.	Dit punt is niet volledig gerealiseerd, omdat de managementrapportages voornamelijk cijfermatig van aard zijn en ook is er geen verband gelegd met de realisatie van de vooraf vastgestelde doelen.

Bron: NZa

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

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het opstellen en vaststellen van een controleplan voorafgaand aan het controlejaar.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd.
2.	Het verbeteren van de audittrail in het controleplan zodat duidelijker de samenhang blijkt tussen de risicoanalyse, de aanwezige mitigerende maatregelen, de restrisico's, de uit te voeren controlewerkzaamheden, de selectiewijze en de rapportagestructuur.	Dit verbeterpunt is deels gerealiseerd. De samenhang tussen de elementen ligt vast in verschillende documenten. Dit maakt het herkennen van de samenhang niet optimaal. Het opnemen van de hoofdlijnen van de samenhang in het controleplan zou het begrip vergroten.
3.	Het volledig voldoen aan de artikelen 5 en 6 van de Regeling Controle AWBZ Administratie AWBZ verzekeraars (inclusief het onderdeel privacy).	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd. In 2014 zijn stappen gezet in de verbetering van het onderdeel privacy. Deze verbeteracties worden in 2015 verder voortgezet. Concessiehouder voldoet hiermee nog niet volledig aan genoemde artikelen.
4.	Het gespreid over en gedurende het boekjaar uitvoeren van controles zodat bijsturing tijdens het boekjaar kan plaatsvinden (vooral formele en materiële controles).	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd, omdat de controles zich in de tweede helft van 2014 en de eerste helft van 2015 hebben geconcentreerd.
5.	Het vaststellen van de opzet, het bestaan en de blijvend juiste werking van de application controls.	Het verbeterpunt is deels gerealiseerd. De concessiehouder heeft voor de applicatie AZR een IT audit rapport beschikbaar waarin opzet, bestaan en blijvende werking is aangetoond. In 2015 zullen voor de overige applicaties de application controls worden getoetst voor de opzet en bestaan en voor de blijvend juiste werking.
6.	Het vaststellen dat de maatregelen die zijn getroffen voor de continuïteit van de geautomatiseerde systemen gedurende het jaar hebben gewerkt.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
7.	Het opnemen van een schriftelijke managementreactie.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.

Bron: NZa

3.2 Opvolging verbeterpunten 2012

Ook heeft de NZa in het rapport uitvoering AWBZ 2013 de opvolging van de verbeterpunten 2012 beoordeeld. Wij hebben voor de opvolging van deze oude verbeterpunten een splitsing gemaakt tussen cruciale verbeterpunten en de overige verbeterpunten. Cruciale verbeterpunten betreffen de uitvoering van belangrijke aspecten van de wetgeving voor de langdurige zorg in de komende jaren.

Indien de cruciale verbeterpunten 2012 niet (geheel) gerealiseerd waren dan heeft de NZa hiervoor maatregelen opgelegd. De NZa heeft hiervoor een informatieverzoek gedaan aan de concessiehouder. Achmea Zorgkantoor B.V. moest de NZa periodiek informeren over de realisatie van de niet opgevolgde verbeterpunten 2012. De hierbij gehanteerde rapportagedata waren 15 april, 15 juli en 15 oktober 2015. De NZa heeft hiertoe een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 van de Wmg. De concessiehouder heeft aan het informatieverzoek voldaan.

In de tabellen is de opvolging van de cruciale verbeterpunten 2012 aangegeven.

Tabel 26. Verbeterpunten PI 2: Persoonsgebonden budget

Nr.	Cruciale verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het voldoen aan de maximale norm van zes weken en de budgethouder daarmee tijdig informeren over zijn bevindingen.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het zodanig aanpassen van de processen zodat binnen zes weken de toekenningsbeschikking wordt verstrekt. Het percentage aanvragen waarbij deze norm wordt overschreden mag hoogstens 5% zijn.	Dit verbeterpunt is niet meer relevant in verband met de invoering van de nieuwe outcome-indicator <i>Doorlooptijden</i> . De concessiehouder heeft wel in de reactie op het informatieverzoek d.d. 15 oktober 2015 aangegeven dit verbeterpunt te hebben opgevolgd.

Bron: NZa

Tabel 27. Verbeterpunten PI 3: Klachtenbehandeling

Nr.	Cruciale verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het tijdig afhandelen van alle klachten.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.

Bron: NZa

Tabel 28. Verbeterpunten PI 7: Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

Nr.	Cruciale verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting op basis van de gedeclareerde productie.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd, omdat nog altijd een bandbreedte wordt gehanteerd.

Bron: NZa

Tabel 29. Verbeterpunten PI 10: Materiële controle

Nr.	Cruciale verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het aantoonbaar vastleggen van de afweging die gemaakt wordt bij de analyse van de uitkomsten van de materiële controles en wat dit betekent voor de controleaanpak / risicoanalyse.	Dit verbeterpunt is nog niet volledig gerealiseerd. Met de implementatie van de applicatie RoC in 2014 is een verbetering doorgevoerd in de aantoonbaarheid van de vastleggingen van overwegingen. De aantoonbaarheid behoeft nog verdere verbetering.
2.	Het terugvorderen bij zorgaanbieders van onrechtmatige schaden uit eerdere verslagjaren indien er onrechtmatigheden naar voren komen uit eerdere verslagjaren bij het uitvoeren van materiële controles over het huidige verslagjaar.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.

Bron: NZa

Tabel 30. Verbeterpunten PI 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik

Nr.	Cruciale verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het opstellen van een transparante risicoanalyse en een actueel en gestructureerd plan van aanpak gericht op bestrijding van zorgfraude in de AWBZ.	Dit punt is gerealiseerd.
2.	Het aanscherpen van het geven van voorlichting aan medewerkers van de zorgkantoren.	Dit punt is gerealiseerd.

Bron: NZa

Tabel 31. Verbeterpunten PI 12: Administratieve organisatie en interne beheersing

Nr.	Cruciale verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het verbeteren van de audittrail in het controleplan zodat duidelijker de samenhang blijkt tussen de risicoanalyse, de aanwezige mitigerende maatregelen, de restrisico's, de uit te voeren controlewerkzaamheden, de selectiewijze en de rapportagestructuur.	Dit verbeterpunt is deels gerealiseerd. De samenhang tussen de elementen ligt vast in verschillende documenten. Dit maakt het herkennen van de samenhang niet optimaal. Het opnemen van de hoofdlijnen van de samenhang in het controleplan zou het begrip vergroten.
2.	Het volledig voldoen aan de artikelen 5 en 6 van de Regeling en Controle AWBZ Administratie AWBZ verzekeraars 2012 (inclusief het onderdeel privacy).	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd. In 2014 zijn stappen gezet in de verbetering van het onderdeel privacy. Deze verbeteracties worden in 2015 verder voortgezet. De concessiehouder voldoet hiermee nog niet volledig aan genoemde artikelen.
3.	Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken.	Het verbeterpunt is deels gerealiseerd. De concessiehouder heeft voor de applicatie AZR een IT audit rapport beschikbaar waarin opzet, bestaan en blijvende werking is aangetoond. In 2015 zullen voor de overige applicaties de application controls worden getoetst voor de opzet en bestaan en voor de blijvend juiste werking.

Bron: NZa

4. Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de NZa haar bevindingen weer van het onderzoek naar de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven in 2014.

De NZa is ingevolge artikel 91, tweede lid, Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) bevoegd om uitgaven als niet verantwoord aan te merken. Niet verantwoorde uitgaven mogen niet gedekt worden door de uitkeringen die Zorginstituut Nederland 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 2014

4.2.1 Inleiding

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

4.2.2 Bevindingen

Beheerskosten

In tabel 32 zijn de kerngegevens opgenomen over de beheerskosten en de wettelijke reserve AWBZ.

Het door de concessiehouder in de financiële verantwoording opgenomen budget beheerskosten 2014 van € 27.819.000 betreft de nadere vaststelling van het budget zoals vastgesteld door Zorginstituut Nederland.

Tabel 32. Beheerskosten en wettelijke reserve AWBZ

Kerngegevens concessiehouder	2014	2013
Budget beheerskosten AWBZ verslagjaar (x € 1.000)	27.819	25.325
Beheerskosten AWBZ verslagjaar (x € 1.000)	27.480 ³	24.268
Budgetresultaat beheerskosten AWBZ verslagjaar (x €1.000)	339	1.057
Wettelijke reserve AWBZ ultimo jaar (x € 1.000)	1.224	4.090
Mutatie beheerskosten ten opzichte van voorgaand jaar in %	13,2%	5,7%
Wettelijke reserve AWBZ als percentage van het budget beheerskosten AWBZ boekjaar	4,4%	16,2%

Bron: De cijfers zijn afkomstig uit de financiële verantwoording van de concessiehouder (zorgkantoren). Hierbij is een correctie toegepast op de werkelijke beheerskosten AWBZ 2014.

De beheerskosten zijn in 2014 ten opzichte van 2013 met 13,2% (€ 3.212.000) gestegen. De belangrijkste redenen voor deze stijging zijn:

- Voorbereidingskosten voor de overheveling van de zorgtaken naar de zorgverzekeringswet en de wet maatschappelijke ondersteuning.
- Extra kosten voor de invoering van de Wlz.
- Voor het uitvoeren van Bewust Keuze Gesprekken en voor de beoordeling van de zorgbeschrijvingen van alle PGB-houders die naar de Wlz gaan (project trekkingsrechten PGB) is extra personeel ingezet.

Budgetresultaat

Het budgetresultaat zoals opgenomen in de financiële verantwoording van de concessiehouder bedraagt € 3.000 en bestaat uit de afrekening UAZ 2012 voor een bedrag van -/- € 336.000 en het budgetresultaat 2014 van € 339.000. Het budgetresultaat in 2013 bedroeg € 1.057.000.

Voorwaardelijke beheerskosten budgetten

Op 15 december 2014 zijn er door middel van de Nadere aanwijzing besteedbare middelen beheerskosten AWBZ 2014 voorwaardelijke deelbudgetten beschikbaar gesteld voor de:

- kosten die de wettelijke opvolgers van verbindingkantoren moeten maken op grond van een sociaal plan voor medewerkers van wie als gevolg van de invoering van de Wlz het vast dienstverband wordt beëindigd;
- kosten die na 2014 worden gemaakt en toe te schrijven zijn aan de afwikkeling van de AWBZ.

Deze voorwaardelijke deelbudgetten hebben betrekking op kosten die na 2014 gemaakt worden. De verantwoording hierover vindt na 2014 plaats en is geen onderdeel van dit onderzoek.

Wettelijke reserve AWBZ

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2014, zoals opgenomen in de financiële verantwoording van de concessiehouder bedraagt € 1.224.000. De wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2013 bedroeg € 4.090.000.

De concessiehouder heeft in 2014 rendement toegerekend aan de wettelijke reserve AWBZ. Het rendementspercentage is acceptabel.

³ Dit betreffen de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten van € 27.555.000 minus de ontvangen deurwaardersopbrengsten van € 75.000.

Rendement tijdelijk overtollige middelen PGB

Het in 2014 behaalde rendement op tijdelijk overtollige middelen PGB geeft geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.

4.2.3 Oordeel NZa

De NZa concludeert dat de beheerskosten over 2014 van € 27.480.000 rechtmatig zijn met inachtneming van de tolerantie-eisen en de door de NZa geconstateerde onzekerheden over de rechtmatigheid.

De voorwaardelijke beheerskosten budgetten 2014 die zijn toegekend in de Nadere aanwijzing besteedbare middelen beheerskosten AWBZ zijn geen onderdeel van dit onderzoek. Hierover zal een separate verantwoording plaatsvinden.

4.2.4 Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2014

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2014 onzekerheid over de rechtmatigheid bestaat.

De NZa heeft nadere informatie ontvangen over de per kwartaal verantwoorde beheerskosten 2014. Hierover zijn nadere vragen gesteld aan de concessiehouder. De NZa heeft hierop een terugkoppeling ontvangen. De beoordeling van deze terugkoppeling, door de NZa, is nog niet afgerond. Het totaalbedrag van de onzekerheden is in deze fase niet te kwantificeren.

De NZa schort haar oordeel over de genoemde onzekerheden, in afwachting van de uitkomsten van de nadere beoordeling van de ontvangen informatie van de concessiehouder, op.

4.2.5 Opvolging onderzoek 2013

De concessiehouder heeft in 2013 een bedrag van € 3.100.000 verantwoord als een positieve rechtstreekse mutatie in de wettelijke reserve AWBZ. De wettelijke reserve AWBZ was daardoor met € 3.100.000 toegenomen. Dit betrof een afwikkeling van een rekening-courant positie met Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. en Groene Land PWZ Achmea Zorgverzekeringen N.V. die was ontstaan bij de oprichting van het zorgkantoor.

Over deze mutatie zou nog een nadere afstemming plaatsvinden. Deze afstemming heeft in 2014 en 2015 plaatsgevonden met Zorginstituut Nederland en de NZa. De concessiehouder heeft op basis van deze afstemming de rechtstreekse mutatie in de wettelijke reserve AWBZ gecorrigeerd in de financiële verantwoording 2014. Hiermee is het onderzoek over 2013 afgedaan.

Tijdens het onderzoek 2013 heeft de NZa geconstateerd dat de concessiehouder de subsidie Fraudebestrijding PGB 2013-2014 onjuist had gerubriceerd. De concessiehouder heeft dit gecorrigeerd in de financiële verantwoording 2014. Hiermee is het onderzoek over 2013 afgedaan.

Tijdens het onderzoek 2013 heeft de NZa nadere informatie ontvangen over de per kwartaal verantwoorde beheerskosten 2014. Over deze informatie zou mede in relatie tot de verantwoorde beheerskosten 2013 nog nader overleg plaatsvinden. De NZa heeft tijdens haar onderzoek nadere informatie ontvangen. Het onderzoek is nog niet afgedaan.

4.3 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ 2014

4.3.1 Inleiding

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

4.3.2 Bevindingen

In tabel 33 zijn de kerngegevens opgenomen over de bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ.

Tabel 33. Bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ

Kerngegevens concessiehouder	2014 (x € 1.000)	2013 (x € 1.000)
Bedrijfsopbrengsten AWBZ		
Vergoeding zorgaanpakken via CAK	4.079.553	4.148.236
Budget beheerskosten AWBZ	27.483	25.325
Rentevergoedingen AFBZ bij afrekeningen	0	0
Overige renteopbrengsten	231	242
Vergoeding AFBZ rechtstreeks met Zorginstituut Nederland te verrekenen kosten en opbrengsten (saldo)	0	1.906
(-/-) Eigen bijdragen via nevenincasso	0	0
Overige opbrengsten en vergoedingen van derden	0	0
Totaalbedrag bedrijfsopbrengsten exclusief subsidies AWBZ	4.107.267	4.175.709
Subsidies	408.946	415.723
Totaal subsidies	408.946	415.723
Totaal bedrijfsopbrengsten AWBZ	4.516.213	4.591.432
Bedrijfslasten AWBZ		
Bruto schaden AWBZ via het CAK	4.103.280	4.027.996
Bruto schaden AWBZ niet via het CAK	0	1.906
Bruto schaden AWBZ via het CAK voorgaande jaren	-/- 23.727	120.240
Bruto schaden AWBZ niet via het CAK voorgaande jaren	0	0
Totaal schaden AWBZ exclusief subsidies	4.079.553	4.150.142
Kosten subsidieregelingen	454.800	415.723
Kosten subsidieregelingen voorgaande jaren	-/- 45.854	0
Totaal kosten subsidieregelingen	408.946	415.723
Totaal schaden AWBZ	4.488.499	4.565.865
Totaal bedrijfskosten	27.480 ⁴	24.268
Totaal bedrijfslasten AWBZ	4.515.979	4.590.133
Resultaat	234⁵	1.299

Bron: de cijfers zijn afkomstig uit de financiële verantwoording van de concessiehouder (zorgkantoren). Hierbij is een correctie toegepast op de werkelijke beheerskosten AWBZ 2014.

⁴ Dit betreffen de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten van € 27.555.000 minus de ontvangen deurwaardersopbrengsten van € 75.000.

⁵ Vanwege afrondingsverschillen sluit het in de tabel opgenomen resultaat niet aan met het in de financiële verantwoording opgenomen resultaat van € 233.000.

Subsidies

De NZa heeft geen rol in de vaststelling van de rechtmatigheid van subsidieopbrengsten en de schaden subsidies omdat voor deze posten afzonderlijke subsidieverantwoordingen en accountantsverklaringen bij de subsidieverleners worden ingediend.

Voor het PGB beoordeelt de NZa voor 2014 uitsluitend de procedurele rechtmatigheid.

4.3.3 Oordeel NZa

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies (€ 4.107.267.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 4.079.553.000) over 2014 rechtmatig zijn, met uitzondering van de hierna opgenomen onrechtmatigheden en onzekerheden over de rechtmatigheid.

4.3.4 Onrechtmatigheden in de verantwoording 2014

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2014 onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ zijn geconstateerd voor een bedrag van € 38.000 vanwege uitgevoerde controles vergoedingen Tandheelkunde.

De concessiehouder moet de onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ corrigeren in de financiële verantwoording 2015 en zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2015.

4.3.5 Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2014

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2014 onzekerheid over de rechtmatigheid bestaat voor een bedrag van € 3.560.000 vanwege uitgevoerde materiële controles.

De concessiehouder moet onderzoek doen naar de rechtmatigheid van deze in 2014 verantwoorde bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ en zich over de onderzoeksresultaten verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2015. In afwachting van de resultaten van dit onderzoek schort de NZa haar oordeel over deze uitgaven op.

4.3.6 Opvolging onderzoek 2013

Bij haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2013 heeft de NZa onzekerheden over de rechtmatigheid geconstateerd voor een totaalbedrag van € 2.720.000. De concessiehouder heeft onderzoek gedaan naar de rechtmatigheid van deze in 2013 verantwoorde bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ en heeft zich verantwoord over de onderzoeksresultaten in de verantwoordingsinformatie over 2014. Correcties uit het onderzoek zijn verwerkt in het financieel verslag 2014. Hiermee is het onderzoek over 2013 afgedaan.

4.3.7 Opvolging onderzoek 2012

Bij haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2012 heeft de NZa geconstateerd dat er een aansluitverschil bestaat tussen de verschillende administraties. Ultimo 2013 bedroef het aansluitverschil € 10.400.000. De concessiehouder heeft hierover overleg gehad met Zorginstituut Nederland. Het verschil zal worden verrekend via de aanvraag tot PGB subsidievaststelling over het jaar 2014. Hiermee is het onderzoek over 2012 afgedaan.

4.3.8 Opvolging onderzoek 2011

Bij haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2011 heeft de NZa geconstateerd dat de concessiehouder nader onderzoek moet doen naar de verantwoorde kosten hulpmiddelen 2006-2011 voor een bedrag van € 8.532.000. De concessiehouder moet aantonen dat de kosten zijn gemaakt en niet eerder zijn gedeclareerd.

Bij Achmea Zorgkantoor N.V. is het onderzoek over 2011 nog niet volledig afgedaan. Naar aanleiding van het onderzoek 2011 moest de concessiehouder aantonen dat de kosten over hulpmiddelen over de periode 2006-2011 ter hoogte van een bedrag van € 8.532.000 gemaakt zijn en niet eerder zijn gedeclareerd. Voor een bedrag van € 6.887.000 is door de concessiehouder in 2015 aangetoond dat de kosten hulpmiddelen zijn gemaakt en niet eerder zijn gedeclareerd. Voor het resterende bedrag van € 1.645.000 was in eerste instantie door de concessiehouder nog niet aangetoond dat deze kosten waren gemaakt en niet eerder waren gedeclareerd.

De door de concessiehouder verstrekte opdracht aan een externe accountant was hiervoor ontoereikend. De concessiehouder heeft een aanvullende opdracht verstrekt in 2015 om dit alsnog aan te tonen. De uitkomsten van dit onderzoek geven aan dat er voor een bedrag van € 804.000 niet kan worden aangetoond dat deze kosten zijn gemaakt en niet eerder zijn gedeclareerd. De concessiehouder moet dit bedrag corrigeren in haar financiële verantwoording 2015 en zich hierover verantwoorden in de bestuurlijke verantwoording 2015. Hiermee is het onderzoek over 2011 gedeeltelijk afgedaan.

5. Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014

5.1 Inleiding

De NZa heeft de tijdigheid, volledigheid en juistheid van de verantwoordingsinformatie 2014 (uitvoeringsverslag, financiële verantwoording, bestuurlijke verantwoording) beoordeeld. In dit hoofdstuk gaat de NZa ook in op de accountantsproducten 2014.

5.2 Tijdigheid

De verantwoordingsdocumenten 2014 zijn tijdig ontvangen.

5.3 Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken

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

5.4 Uitvoeringsverslag

De informatie in het uitvoeringsverslag is op bijna alle onderdelen volledig. Niet alle aspecten hebben voldoende diepgang. Dit betreft de volgende aspecten:

- De concessiehouder maakt niet duidelijk hoe het de actualiteit en volledigheid van het zorgaanbod in de regio controleert.
- Niet duidelijk wordt via welke kanalen de concessiehouder de gemeente informeert over het zorgaanbod in de regio.
- De concessiehouder licht onvoldoende toe wat de bijdrage is geweest aan de landelijke wachtlijstrapportage aan het Zorginstituut.
- De concessiehouder heeft de outcome-indicator telefonische bereikbaarheid en service-level gesplitst in PGB en Zorg in natura. Volgens het model had deze splitsing niet gemaakt moeten worden.
- De concessiehouder licht onvoldoende toe wat zijn rol is geweest bij de doorontwikkeling van de wachtlijstregistratie samen met het Zorginstituut en de andere concessiehouders.

De concessiehouder moet zich over deze onderwerpen in het Uitvoeringsverslag 2015 verantwoorden volgens het Model Uitvoeringsverslag en financieel verslag 2015 Wlz-uitvoerders.

5.5 Bestuurlijke verantwoording

De bestuurlijke verantwoording als onderdeel van de financiële verantwoording heeft alleen op het onderdeel bestrijding misbruik en oneigenlijk niet op alle aspecten voldoende diepgang. Dit betreft de volgende aspecten:

- De toegepaste risicoanalyse en planning voor misbruik en oneigenlijk gebruik is onvoldoende beschreven.
- De nadere invulling van het Convenant aanpak verzekeringsfraude is onvoldoende beschreven.

- De in 2014 uitgevoerde onderzoeken zijn onvoldoende beschreven.
- De specificatie van signalen naar verzekerde/zorgaanbieders, of misbruik en oneigenlijk gebruik daadwerkelijk heeft plaatsgevonden en de aard hiervan, is onvoldoende beschreven.
- De risicogebieden waarop signalen van misbruik en oneigenlijk gebruik zijn ontvangen is onvoldoende beschreven.
- De beschrijving van het aantal fraude zaken en de aard daarvan zijn onvoldoende omschreven.

De concessiehouder moet zich over deze onderwerpen in de Bestuurlijke verantwoording 2015 verantwoorden volgens het Model Uitvoeringsverslag en financieel verslag 2015 Wlz-uitvoerders.

5.6 Financiële verantwoording

De financiële verantwoording is volledig en is opgesteld volgens het model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2014.

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 2014.

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.