

Rapport

Uitvoering AWBZ 2014

Concessiehouder

Stichting Zorgkantoor Menzis

November 2015

Inhoud

1. Samenvatting	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Opzet onderzoek 2014	6
1.3 Samenvattend oordeel uitvoering 2014	7
1.3.1 Uitvoering AWBZ 2014	7
1.3.2 Goede processen 2014	8
1.3.3 Voldoende processen 2014	9
1.3.4 Overige verbeterpunten	9
1.4 Opvolging verbeterpunten 2013	9
1.4.1 Opvolging verbeterpunten 2013	9
1.4.2 Opvolging verbeterpunten 2012	10
1.5 Oordeel NZa over de rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014	10
1.5.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2014	10
1.5.2 Opvolging onderzoek 2013 Wettelijke reserve en beheerskosten	11
1.5.3 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2014	11
1.5.4 Opvolging onderzoek 2013	11
1.6 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014	12
1.7 Tijdigheid verantwoordingsinformatie 2014	12
2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2014	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Prestatie-indicator 1: Zorg in natura	13
2.2.1 Prestatiemeting Zorg in natura	13
2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura	21
2.2.3 Best practice Zorg in natura	23
2.3 Prestatie-indicator 2: Persoonsgebonden budget	24
2.3.1 Prestatiemeting Persoonsgebonden budget	24
2.4 Prestatie-indicator 3: Klachtenbehandeling	28
2.4.1 Prestatiemeting Klachtenbehandeling	28
2.4.2 Verdiepende vragen onderzoek Klachtenbehandeling	30
2.5 Prestatie-indicator 4: Contracteerproces	31
2.5.1 Prestatiemeting Contracteerproces	31
2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces	33
2.6 Prestatie-indicator 5: Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	33
2.6.1 Prestatiemeting Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	33
2.6.2 Verdiepende vragen onderzoek Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	34
2.7 Prestatie-indicator 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening	35
2.7.1 Prestatiemeting Innovatie en kwaliteit zorgverlening	35
2.7.2 Verdiepende vragen onderzoek Innovatie en kwaliteit zorgverlening	37
2.8 Prestatie-indicator 7: Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	37
2.8.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	37
2.8.2 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	40
2.9 Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB	40
2.9.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor PGB	40
2.9.2 Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB	44

2.9.3	Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor PGB	44
2.10	Prestatie-indicator 9: Monitoring continuïteit zorgverlening	44
2.10.1	Prestatiemeting Monitoring continuïteit zorgverlening	44
2.10.2	Verdiepende vragen onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening	47
2.11	Prestatie-indicator 10: Materiële controle	49
2.11.1	Prestatiemeting Materiële controle	49
2.11.2	Informatie verzoek cruciale verbeterpunten Materiële controle	52
2.11.3	Lopend onderzoek zorginstelling	52
2.12	Prestatie-indicator 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	53
2.12.1	Prestatiemeting Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	53
2.13	Prestatie-indicator 12: Administratieve organisatie en interne beheersing	57
2.13.1	Prestatiemeting Administratieve organisatie en interne beheersing	57
3.	Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken	58
3.1	Niet (geheel) opgevolgde verbeterpunten 2013	58
3.2	Opvolging verbeterpunten 2012	59
4.	Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014	62
4.1	Inleiding	62
4.2	Wettelijke reserve en beheerskosten 2014	62
4.2.1	Inleiding	62
4.2.2	Bevindingen	62
4.2.3	Oordeel NZa	64
4.2.4	Onrechtmatigheden in de verantwoording 2014	64
4.2.5	Opvolging onderzoek 2013	64
4.3	Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ 2014	64
4.3.1	Inleiding	64
4.3.2	Bevindingen	64
4.3.3	Oordeel NZa	66
4.3.4	Onrechtmatigheden in de verantwoording 2014	66
4.3.5	Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2014	66
4.3.6	Opvolging onderzoek 2013	67
5.	Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014	68
5.1	Inleiding	68
5.2	Tijdigheid	68
5.3	Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken	68
5.4	Uitvoeringsverslag	68
5.5	Bestuurlijke verantwoording	69
5.6	Financiële verantwoording	69
5.7	Accountantsproducten	69

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 Stichting Zorgkantoor Menzis voerde de AWBZ in 2014 uit voor de volgende zorgregio's:

- Arnhem;
- Groningen;
- Twente.

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. De door ons gevolgde procedure voldoet aan de vereisten voor actieve openbaarmaking, zoals voorgeschreven in de Wet openbaarheid van bestuur.

Wij hebben Stichting Zorgkantoor Menzis tijdens de formele hoor in de gelegenheid gesteld 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	2,75
2. Persoonsgebonden budget	Zie paragraaf 2.3.1	n.v.t.	8	6,6
3. Klachtenbehandeling	Zie paragraaf 2.4.1	n.v.t.	6,25	6,25
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	2
6. Innovatie en kwaliteit zorgverlening	Zie paragraaf 2.7.1	n.v.t.	6	6
Prestatieveld 3: Moderne administratieve organisatie				
7. Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	Zie paragraaf 2.8.1	n.v.t.	7,5	5,75
8. Administratie op verzekerdenniveau 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	2,25
10. Materiële controle	Zie paragraaf 2.11.1	V	10	7,5
11. Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	Zie paragraaf 2.12.1	G	10	9
12. Administratieve organisatie en interne beheersing	Zie paragraaf 2.13.1	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Totaal			62,25	55,10

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 Goede processen 2014

Stichting Zorgkantoor Menzis heeft het proces Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik op goede wijze uitgevoerd.

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

1.3.3 Voldoende processen 2014

Stichting Zorgkantoor Menzis heeft het proces Materiële controle op voldoende wijze uitgevoerd. Voor dit proces moet de concessiehouder de volgende verbeterpunten doorvoeren:

Tabel 2. Verbeterpunten 2014 voldoende proces

Verbeterpunten 2014	
1.	<p><i>Materiële controle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het binnen de eigen organisatie beschikbaar zijn van (voldoende) medische deskundigheid, zodat de kwaliteit en continuïteit van het proces materiële controle geborgd is als de concessiehouder gebruik maakt van externe inhuur van medische deskundigheid bij het uitvoeren van materiële controles. - Het tijdig uitvoeren van materiële controles. De concessiehouder heeft aangegeven dat de achterstanden in 2015 zijn ingelopen. - Het gebruik maken van alle beschikbare data bij het uitvoeren van materiële controles, zoals het inzetten van het instrument van datamining. De zorgverzekeraar heeft dit instrument in 2014 ingezet voor de Zvw. Voor de AWBZ/Wlz is inzet van een tool voor datamining nog niet gerealiseerd.

Bron: NZa

De concessiehouder moet zich over de gevraagde verbeterpunten verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2015.

1.3.4 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 bespreekt de verbeterpunten met het management van de concessiehouder 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. In tabel 3 zijn de verbeterpunten 2013 opgenomen die de concessiehouder nog niet heeft gerealiseerd.

Stichting Zorgkantoor Menzis heeft de volgende verbeterpunten niet (geheel) gerealiseerd:

Tabel 3. Opvolging verbeterpunten 2013

Verbeterpunten 2013 die niet (geheel) gerealiseerd zijn	
1.	<p><i>Materiële controle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het structureel borgen van voldoende medische deskundigheid binnen de afdeling Materiële Controle AWBZ. - Het volledig en tijdig uitvoeren van alle controles die voortkomen uit de uitgevoerde risicoanalyses. De concessiehouder heeft aangegeven dat de achterstanden in 2015 zijn ingelopen.

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 van de 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 NZa heeft hiertoe een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 van de Wmg. De concessiehouder heeft aan het informatieverzoek voldaan.

Stichting Zorgkantoor Menzis heeft het volgende cruciale verbeterpunt niet (geheel) gerealiseerd:

Tabel 4. Opvolging verbeterpunten 2012

Cruciale verbeterpunten 2012 die niet (geheel) gerealiseerd zijn	
1.	<p><i>Materiële controle:</i></p> <p>Het uitbreiden van het aantal materiële controles en ook het tijdig afronden van de controles. Het tijdig uitvoeren van de materiële controles was ook nog een verbeterpunt 2011. De concessiehouder heeft aangegeven dat de achterstanden in 2015 zijn ingelopen.</p>

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 € 21.838.000 rechtmatig zijn.

In de in het financieel verslag opgenomen beheerskosten van € 22.557.000 is een bedrag van € 719.000 aan kosten opgenomen die betrekking hebben op de voorwaardelijke budgetten beheerskosten. De concessiehouder moet dit corrigeren in het financieel verslag 2015.

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 NZa concludeert dat het opgenomen budget beheerskosten 2014 niet overeenkomt met de opgave van Zorginstituut Nederland. Als gevolg hiervan is het budgetresultaat door de concessiehouder niet bepaald volgens het Model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2014 Concessiehouders. De concessiehouder moet dit corrigeren in de financiële verantwoording 2015.

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2014 bedraagt € 4.535.000. 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 kosten UAZ terecht ten laste van de beheerskosten 2013 heeft gebracht. Hiermee is het onderzoek over 2013 afgedaan.

1.5.3 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2014

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies (€ 3.488.520.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 3.465.657.000) 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 € 2.316.000 aan onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ is geconstateerd. Deze onrechtmatigheden hebben voor een bedrag € 1.259.000 betrekking op een onjuist verwerkte rekenstaat voor een zorginstelling en voor een bedrag van € 1.057.000 op uitgevoerde materiële controles.

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 er onzekerheid over de rechtmatigheid bestaat voor een totaalbedrag van € 45.474.000. 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 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

De NZa concludeert op basis van de bevindingen in Hoofdstuk 4. 'Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014' dat het onderzoek 2013

onzekerheden over de rechtmatigheid bevatte vanwege onderzoeken materiële controle voor een bedrag van € 5.419.000. Het onderzoek naar deze onzekerheden is niet volledig afgedaan voor een bedrag van € 838.000 vanwege faillissementen van zorgaanbieders. De concessiehouder moet zich over deze posten verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2015.

1.6 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014

De kwaliteit van de verantwoordingsinformatie geeft aanleiding tot het maken van opmerkingen. Deze opmerkingen hebben betrekking op het uitvoeringsverslag en de financiële verantwoording. Hiervoor wordt verwezen naar Hoofdstuk 5. 'Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014'. De concessiehouder moet de verantwoordingen 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.																																										
	<p>Bevinding:</p> <p>Tabellen actief wachtend:</p> <table border="1" data-bbox="373 1267 1043 1585"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicatoren Wachtljsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden)</th> <th>Gemiddeld bij ZK: Twente</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wachtljst V&V Intramuraal</td> <td>0,4%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachtljst GHZ Intramuraal</td> <td>0,6%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachtljst GGZ intramuraal</td> <td>0,2%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachtljst V&V extramuraal</td> <td>0,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachtljst GHZ extramuraal</td> <td>0,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachtljst GGZ extramuraal</td> <td>0,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 1615 1043 1933"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicatoren Wachtljsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden)</th> <th>Gemiddeld bij ZK: Groningen</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wachtljst V&V Intramuraal</td> <td>0,4%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachtljst GHZ Intramuraal</td> <td>0,6%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachtljst GGZ intramuraal</td> <td>0,2%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachtljst V&V extramuraal</td> <td>0,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachtljst GHZ extramuraal</td> <td>0,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachtljst GGZ extramuraal</td> <td>0,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table>	Outcome Indicatoren Wachtljsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden)	Gemiddeld bij ZK: Twente	Score	Wachtljst V&V Intramuraal	0,4%	n.v.t.	Wachtljst GHZ Intramuraal	0,6%	n.v.t.	Wachtljst GGZ intramuraal	0,2%	n.v.t.	Wachtljst V&V extramuraal	0,0%	n.v.t.	Wachtljst GHZ extramuraal	0,1%	n.v.t.	Wachtljst GGZ extramuraal	0,1%	n.v.t.	Outcome Indicatoren Wachtljsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden)	Gemiddeld bij ZK: Groningen	Score	Wachtljst V&V Intramuraal	0,4%	n.v.t.	Wachtljst GHZ Intramuraal	0,6%	n.v.t.	Wachtljst GGZ intramuraal	0,2%	n.v.t.	Wachtljst V&V extramuraal	0,0%	n.v.t.	Wachtljst GHZ extramuraal	0,1%	n.v.t.	Wachtljst GGZ extramuraal	0,1%	n.v.t.		
Outcome Indicatoren Wachtljsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden)	Gemiddeld bij ZK: Twente	Score																																											
Wachtljst V&V Intramuraal	0,4%	n.v.t.																																											
Wachtljst GHZ Intramuraal	0,6%	n.v.t.																																											
Wachtljst GGZ intramuraal	0,2%	n.v.t.																																											
Wachtljst V&V extramuraal	0,0%	n.v.t.																																											
Wachtljst GHZ extramuraal	0,1%	n.v.t.																																											
Wachtljst GGZ extramuraal	0,1%	n.v.t.																																											
Outcome Indicatoren Wachtljsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden)	Gemiddeld bij ZK: Groningen	Score																																											
Wachtljst V&V Intramuraal	0,4%	n.v.t.																																											
Wachtljst GHZ Intramuraal	0,6%	n.v.t.																																											
Wachtljst GGZ intramuraal	0,2%	n.v.t.																																											
Wachtljst V&V extramuraal	0,0%	n.v.t.																																											
Wachtljst GHZ extramuraal	0,1%	n.v.t.																																											
Wachtljst GGZ extramuraal	0,1%	n.v.t.																																											

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																																																																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 253 683 365">Outcome Indicatoren Wachlijsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden)</th> <th data-bbox="683 253 874 365">Gemiddeld bij ZK: Arnhem</th> <th data-bbox="874 253 1043 365">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wachlijst V&V Intramuraal</td> <td>1,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GHZ Intramuraal</td> <td>0,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GGZ intramuraal</td> <td>0,3%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst V&V extramuraal</td> <td>0,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GHZ extramuraal</td> <td>0,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GGZ extramuraal</td> <td>0,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabellen urgent wachtend:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 651 683 763">Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden)</th> <th data-bbox="683 651 874 763">Gemiddeld bij ZK: Twente</th> <th data-bbox="874 651 1043 763">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wachlijst V&V Intramuraal</td> <td>2,3%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GHZ Intramuraal</td> <td>0,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GGZ intramuraal</td> <td>0,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst V&V extramuraal</td> <td>0,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GHZ extramuraal</td> <td>0,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GGZ extramuraal</td> <td>0,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 999 683 1111">Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden)</th> <th data-bbox="683 999 874 1111">Gemiddeld bij ZK: Groningen</th> <th data-bbox="874 999 1043 1111">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wachlijst V&V Intramuraal</td> <td>0,2%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GHZ Intramuraal</td> <td>0,2%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GGZ intramuraal</td> <td>0,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst V&V extramuraal</td> <td>0,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GHZ extramuraal</td> <td>0,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GGZ extramuraal</td> <td>0,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 1346 683 1458">Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden)</th> <th data-bbox="683 1346 874 1458">Gemiddeld bij ZK: Arnhem</th> <th data-bbox="874 1346 1043 1458">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wachlijst V&V Intramuraal</td> <td>0,2%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GHZ Intramuraal</td> <td>0,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GGZ intramuraal</td> <td>0,1%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst V&V extramuraal</td> <td>0,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GHZ extramuraal</td> <td>0,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Wachlijst GGZ extramuraal</td> <td>0,0%</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 Indicatoren Wachlijsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden)	Gemiddeld bij ZK: Arnhem	Score	Wachlijst V&V Intramuraal	1,1%	n.v.t.	Wachlijst GHZ Intramuraal	0,1%	n.v.t.	Wachlijst GGZ intramuraal	0,3%	n.v.t.	Wachlijst V&V extramuraal	0,0%	n.v.t.	Wachlijst GHZ extramuraal	0,1%	n.v.t.	Wachlijst GGZ extramuraal	0,1%	n.v.t.	Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden)	Gemiddeld bij ZK: Twente	Score	Wachlijst V&V Intramuraal	2,3%	n.v.t.	Wachlijst GHZ Intramuraal	0,1%	n.v.t.	Wachlijst GGZ intramuraal	0,1%	n.v.t.	Wachlijst V&V extramuraal	0,1%	n.v.t.	Wachlijst GHZ extramuraal	0,0%	n.v.t.	Wachlijst GGZ extramuraal	0,1%	n.v.t.	Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden)	Gemiddeld bij ZK: Groningen	Score	Wachlijst V&V Intramuraal	0,2%	n.v.t.	Wachlijst GHZ Intramuraal	0,2%	n.v.t.	Wachlijst GGZ intramuraal	0,0%	n.v.t.	Wachlijst V&V extramuraal	0,0%	n.v.t.	Wachlijst GHZ extramuraal	0,0%	n.v.t.	Wachlijst GGZ extramuraal	0,0%	n.v.t.	Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden)	Gemiddeld bij ZK: Arnhem	Score	Wachlijst V&V Intramuraal	0,2%	n.v.t.	Wachlijst GHZ Intramuraal	0,0%	n.v.t.	Wachlijst GGZ intramuraal	0,1%	n.v.t.	Wachlijst V&V extramuraal	0,0%	n.v.t.	Wachlijst GHZ extramuraal	0,0%	n.v.t.	Wachlijst GGZ extramuraal	0,0%	n.v.t.		
Outcome Indicatoren Wachlijsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden)	Gemiddeld bij ZK: Arnhem	Score																																																																																					
Wachlijst V&V Intramuraal	1,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GHZ Intramuraal	0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GGZ intramuraal	0,3%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst V&V extramuraal	0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GHZ extramuraal	0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GGZ extramuraal	0,1%	n.v.t.																																																																																					
Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden)	Gemiddeld bij ZK: Twente	Score																																																																																					
Wachlijst V&V Intramuraal	2,3%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GHZ Intramuraal	0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GGZ intramuraal	0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst V&V extramuraal	0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GHZ extramuraal	0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GGZ extramuraal	0,1%	n.v.t.																																																																																					
Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden)	Gemiddeld bij ZK: Groningen	Score																																																																																					
Wachlijst V&V Intramuraal	0,2%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GHZ Intramuraal	0,2%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GGZ intramuraal	0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst V&V extramuraal	0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GHZ extramuraal	0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GGZ extramuraal	0,0%	n.v.t.																																																																																					
Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden)	Gemiddeld bij ZK: Arnhem	Score																																																																																					
Wachlijst V&V Intramuraal	0,2%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GHZ Intramuraal	0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GGZ intramuraal	0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst V&V extramuraal	0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GHZ extramuraal	0,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachlijst GGZ extramuraal	0,0%	n.v.t.																																																																																					

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																																
D.2	<p>Norm: 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>Treeknorm: 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>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>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>De uitkomsten worden alleen gemeten voor intramurale indicaties en verbijzonderd naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sector Verpleging en Verzorging; - sector Gehandicaptenzorg; - sector Geestelijke Gezondheidszorg. <p>De sectorindeling: is gebaseerd op de eerste grondslag van de indicatie.</p>	n.v.t.	n.v.t.																																
<p>Bevinding:</p> <table border="1" data-bbox="373 972 1062 1308"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th>Gemiddeld bij ZK: Twente</th> <th>Landelijk gemiddeld</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V</td> <td>98,3%</td> <td>96,8%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td>98,0%</td> <td>96,9%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td>97,0%</td> <td>97,6%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 1330 1062 1666"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th>Gemiddeld bij ZK: Groningen</th> <th>Landelijk gemiddeld</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V</td> <td>98,5%</td> <td>96,8%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td>98,8%</td> <td>96,9%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td>98,3%</td> <td>97,6%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table>				Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld bij ZK: Twente	Landelijk gemiddeld	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,3%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	98,0%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	97,0%	97,6%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld bij ZK: Groningen	Landelijk gemiddeld	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,5%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	98,8%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	98,3%	97,6%	n.v.t.
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld bij ZK: Twente	Landelijk gemiddeld	Score																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,3%	96,8%	n.v.t.																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	98,0%	96,9%	n.v.t.																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	97,0%	97,6%	n.v.t.																																
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld bij ZK: Groningen	Landelijk gemiddeld	Score																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,5%	96,8%	n.v.t.																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	98,8%	96,9%	n.v.t.																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	98,3%	97,6%	n.v.t.																																

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																
	<table border="1" data-bbox="373 253 1064 584"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 253 667 387">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="667 253 815 387">Gemiddeld bij ZK: Arnhem</th> <th data-bbox="815 253 963 387">Landelijk gemiddeld</th> <th data-bbox="963 253 1064 387">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 387 667 454">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V</td> <td data-bbox="667 387 815 454">98,3%</td> <td data-bbox="815 387 963 454">96,8%</td> <td data-bbox="963 387 1064 454">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 454 667 521">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="667 454 815 521">97,3%</td> <td data-bbox="815 454 963 521">96,9%</td> <td data-bbox="963 454 1064 521">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 521 667 584">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="667 521 815 584">98,3%</td> <td data-bbox="815 521 963 584">97,6%</td> <td data-bbox="963 521 1064 584">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="373 607 499 629">Toelichting:</p> <p data-bbox="373 633 608 656">De NZa concludeert dat:</p> <ul data-bbox="373 660 1050 846" 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="373 875 1070 925">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: Arnhem	Landelijk gemiddeld	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,3%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	97,3%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	98,3%	97,6%	n.v.t.		
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld bij ZK: Arnhem	Landelijk gemiddeld	Score																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,3%	96,8%	n.v.t.																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	97,3%	96,9%	n.v.t.																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	98,3%	97,6%	n.v.t.																
D.3. a	<p data-bbox="373 960 440 983">Norm:</p> <ul data-bbox="373 987 1070 1384" style="list-style-type: none"> - De concessiehouder heeft in de overeenkomsten 2015 met zorgaanbieders geregeld dat: <ul data-bbox="421 1039 1059 1144" style="list-style-type: none"> - er permanent voldoende AWBZ-spoedzorg binnen 24 uur beschikbaar is; - de betreffende zorgaanbieders acute zorgverlening niet kunnen weigeren. - De concessiehouder beschikt voor alle regio's over een regionaal protocol voor spoedzorg. In dit protocol: <ul data-bbox="421 1173 1043 1384" 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 zorgkantoorregio 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																																				
	<p>Bevinding:</p> <table border="1" data-bbox="373 277 1062 568"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 277 646 465">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal 2014)</th> <th data-bbox="646 277 815 465">Gemiddeld bij ZK: Twente</th> <th data-bbox="815 277 970 465">Landelijk gemiddeld</th> <th data-bbox="970 277 1062 465">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 465 646 533">Tijdige realisatie spoedopnamen V&V</td> <td data-bbox="646 465 815 533">97,5%</td> <td data-bbox="815 465 970 533">90,1%</td> <td data-bbox="970 465 1062 533">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 533 646 568">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="646 533 815 568">n.v.t.</td> <td data-bbox="815 533 970 568">89,0%</td> <td data-bbox="970 533 1062 568">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 591 1062 882"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 591 646 779">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal 2014)</th> <th data-bbox="646 591 815 779">Gemiddeld bij ZK: Groningen</th> <th data-bbox="815 591 970 779">Landelijk gemiddeld</th> <th data-bbox="970 591 1062 779">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 779 646 846">Tijdige realisatie spoedopnamen V&V</td> <td data-bbox="646 779 815 846">87,0%</td> <td data-bbox="815 779 970 846">90,1%</td> <td data-bbox="970 779 1062 846">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 846 646 882">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="646 846 815 882">n.v.t.</td> <td data-bbox="815 846 970 882">89,0%</td> <td data-bbox="970 846 1062 882">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 904 1062 1196"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 904 646 1093">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal 2014)</th> <th data-bbox="646 904 815 1093">Gemiddeld bij ZK: Arnhem</th> <th data-bbox="815 904 970 1093">Landelijk gemiddeld</th> <th data-bbox="970 904 1062 1093">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1093 646 1160">Tijdige realisatie spoedopnamen V&V</td> <td data-bbox="646 1093 815 1160">96,5%</td> <td data-bbox="815 1093 970 1160">90,1%</td> <td data-bbox="970 1093 1062 1160">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1160 646 1196">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="646 1160 815 1196">n.v.t.</td> <td data-bbox="815 1160 970 1196">89,0%</td> <td data-bbox="970 1160 1062 1196">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="373 1227 501 1249">Toelichting:</p> <p data-bbox="373 1249 608 1272">De NZa concludeert dat:</p> <ul data-bbox="373 1272 1050 1462" 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 1491 1070 1541">Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p> <p data-bbox="373 1570 1042 1619">De vermelding 'n.v.t.' bij tijdige realisatie GHZ houdt in dat er in 2014 geen aanvragen voor spoedzorg zijn geweest.</p>	Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal 2014)	Gemiddeld bij ZK: Twente	Landelijk gemiddeld	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	97,5%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	n.v.t.	89,0%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal 2014)	Gemiddeld bij ZK: Groningen	Landelijk gemiddeld	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	87,0%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	n.v.t.	89,0%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal 2014)	Gemiddeld bij ZK: Arnhem	Landelijk gemiddeld	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	96,5%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	n.v.t.	89,0%	n.v.t.		
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal 2014)	Gemiddeld bij ZK: Twente	Landelijk gemiddeld	Score																																				
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	97,5%	90,1%	n.v.t.																																				
Tijdige realisatie GHZ	n.v.t.	89,0%	n.v.t.																																				
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal 2014)	Gemiddeld bij ZK: Groningen	Landelijk gemiddeld	Score																																				
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	87,0%	90,1%	n.v.t.																																				
Tijdige realisatie GHZ	n.v.t.	89,0%	n.v.t.																																				
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal 2014)	Gemiddeld bij ZK: Arnhem	Landelijk gemiddeld	Score																																				
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	96,5%	90,1%	n.v.t.																																				
Tijdige realisatie GHZ	n.v.t.	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																																						

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score												
E.1	<p>Norm: De concessiehouder:</p> <ul 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	0,75												
E.2	<p>Norm:</p> <p>a. Telefonische bereikbaarheid: een voldoende percentage opgenomen gesprekken als deel van het totaal aantal binnengekomen gesprekken.</p> <p>b. 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.</p> <p>Bevinding:</p> <table border="1" data-bbox="373 943 1062 1205"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 943 644 1104">Outcome Indicator Percentages telefonische bereikbaarheid en klanten zorgbemiddeling</th> <th data-bbox="644 943 815 1104">Gemiddeld bij de concessie- houder</th> <th data-bbox="815 943 970 1104">Landelijk gemiddeld</th> <th data-bbox="970 943 1062 1104">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1104 644 1171">Telefonische bereikbaarheid</td> <td data-bbox="644 1104 815 1171">98%</td> <td data-bbox="815 1104 970 1171">91,2%</td> <td data-bbox="970 1104 1062 1171">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1171 644 1205">Service level</td> <td data-bbox="644 1171 815 1205">88%</td> <td data-bbox="815 1171 970 1205">75,0%</td> <td data-bbox="970 1171 1062 1205">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 Percentages telefonische bereikbaarheid en klanten zorgbemiddeling	Gemiddeld bij de concessie- houder	Landelijk gemiddeld	Score	Telefonische bereikbaarheid	98%	91,2%	n.v.t.	Service level	88%	75,0%	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Outcome Indicator Percentages telefonische bereikbaarheid en klanten zorgbemiddeling	Gemiddeld bij de concessie- houder	Landelijk gemiddeld	Score												
Telefonische bereikbaarheid	98%	91,2%	n.v.t.												
Service level	88%	75,0%	n.v.t.												
E.3	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder bereidt in 2014 de overdracht voor naar de gemeenten per 1 januari 2015 van de cliënten in AWBZ-zorg en de relevante data (bijvoorbeeld indicatiebesluit, toegewezen zorg, geleverde zorg, melding in zorg per cliënt) conform landelijke afspraken.</p> <p>b. De concessiehouder bereidt in 2014 de overdracht voor naar de zorgverzekeraars per 1 januari 2015 van de cliënten in AWBZ-zorg en de relevante data (bijvoorbeeld indicatiebesluit, toegewezen zorg, geleverde zorg, melding in zorg per cliënt) conform landelijke afspraken.</p>	n.v.t.	n.v.t.												
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 2,75	2,75												

Bron: NZa

2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

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 controleert of de zorgaanbieder het bijbetalingsbeleid op de website heeft gezet en bespreekt dit in het periodiek overleg. Wat wel en niet onder de Wlz-aanspraken valt, is niet in alle gevallen duidelijk. Diverse zorgaanbieders hebben hun bijbetalingsbeleid nog niet op hun website gezet. Hoewel er geen formele klachten zijn ontvangen, worden er nog wel signalen ontvangen van mogelijk onterechte bijbetalingen.

Diversiteit zorgaanbod

Het zorgkantoor hecht veel waarde aan de persoonlijke voorkeuren, wensen en ambities van de cliënt. De zorgaanbieders bespreken bij de intake van cliënten de wensen en behoeften van de cliënt en nemen dit op in het zorgplan. Dit proces wordt getoetst door het zorgkantoor. In het inkoopbeleid wordt in het algemeen rekening gehouden met doelgroepen en wensen van cliënten. Het zorgkantoor wil dat de zorgaanbieders bijdragen aan voldoende aanbod voor bepaalde doelgroepen, rekening houdend met de mogelijkheden/signatuur van de zorgaanbieder. Voor de afdeling Zorgadvies van het zorgkantoor is dit belangrijke informatie.

In het inkoopdocument 2016 wordt dit een belangrijk thema: het zorgkantoor wil dat de zorgaanbieder meer rekening houdt met persoonlijke wensen en voorkeuren, waaronder levensbeschouwing, geloofsovertuiging en/of geaardheid.

Contractering onafhankelijke 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.

Op de website van het zorgkantoor is informatie beschikbaar over onafhankelijke cliëntondersteuning. Daarnaast heeft het zorgkantoor de mogelijkheid voor onafhankelijke cliëntondersteuning opgenomen in de welkomstbrief voor cliënten.

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 moet 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.

Onafhankelijke zorgbemiddeling door het 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. Het zorgkantoor bemiddelt cliënten die aangeven geen voorkeur te hebben voor een bepaalde zorgaanbieder rechtstreeks naar een zorgaanbieder. In de welkomstbrief voor nieuwe cliënten zijn de mogelijkheden van onafhankelijke cliëntondersteuning opgenomen.

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.

Aandachtspunt blijven cliënten die zorg ontvangen in een zorginstelling 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. Bij het zorgkantoor krijgt deze groep in de huidige systemen een transfer toewijzing. Dit wil zeggen dat de cliënt de gewenste zorg ontvangt maar niet van de zorgaanbieder van voorkeur. Het zorgkantoor herkent de genoemde problematiek dan ook niet.

2.2.3 Best practice Zorg in natura

Stichting Zorgkantoor Menzis heeft in het kader van de transformatie van de zorg voor het direct betrokken personeel een uitgebreid intern studieprogramma ontwikkeld. In dit studieprogramma zijn de wijzigingen in de zorg per 1 januari 2015 behandeld. Daarnaast komt ook duidelijk naar voren wat de consequenties voor de werkzaamheden van het direct betrokken personeel na 1 januari 2015 zullen zijn. De NZa is van mening dat dit een goede manier is van voorbereiden op de veranderende zorgtoekomst.

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	1,6
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het op de website toelichten van het verschil tussen ZIN en PGB, dit verschil is wel toegelicht in de folder 'zelf uw zorg inkopen in 8 stappen 2014', maar niet op de website. - Het opnemen van een link naar de website van Per Saldo, deze link ontbreekt nu op de website. - Het duidelijker in het voorlichtingsmateriaal opnemen van de consequenties voor de budgethouder bij eventuele fraude. <p>De concessiehouder heeft de eerste twee verbeterpunten inmiddels gerealiseerd.</p>		
A.2 t/m A.5	<p>Norm: 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="371 277 1062 1525"> <thead> <tr> <th></th> <th>Score concessiehouder</th> <th>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>87%</td> <td>85%</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>b. Overmaken budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)</td> <td>94%</td> <td>92%</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>c. Verantwoording budgetbestedingen: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)</td> <td>85%</td> <td>84%</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>d. Terugvorderen niet besteed budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)</td> <td>86%</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>73%</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>84%</td> <td>83%</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>h. Deskundigheid medewerkers: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)</td> <td>74%</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>75%</td> <td>76%</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>j. Oordeel uitvoering PGB: ITS rapportcijfer (1 punt)</td> <td>78%</td> <td>77%</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>TOTAAL</td> <td></td> <td></td> <td>4,0</td> </tr> </tbody> </table>		Score concessiehouder	Landelijk gemiddelde	Score (punten * % van de score)	A.2: Adequate afwikkeling administratieve processen:				a. Beschikking: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)	87%	85%	0,2	b. Overmaken budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)	94%	92%	0,2	c. Verantwoording budgetbestedingen: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)	85%	84%	0,2	d. Terugvorderen niet besteed budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)	86%	87%	0,2	A.3: Adequate informatievoorziening en bereikbaarheid:				e. Informatievoorziening PGB: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	73%	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)	84%	83%	0,4	h. Deskundigheid medewerkers: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	74%	74%	0,4	A.5: Goed oordeel cliënten:				i. Oordeel dienstverlening: ITS rapportcijfer (1 punt)	75%	76%	0,8	j. Oordeel uitvoering PGB: ITS rapportcijfer (1 punt)	78%	77%	0,8	TOTAAL			4,0		
	Score concessiehouder	Landelijk gemiddelde	Score (punten * % van de score)																																																																
A.2: Adequate afwikkeling administratieve processen:																																																																			
a. Beschikking: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)	87%	85%	0,2																																																																
b. Overmaken budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)	94%	92%	0,2																																																																
c. Verantwoording budgetbestedingen: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)	85%	84%	0,2																																																																
d. Terugvorderen niet besteed budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)	86%	87%	0,2																																																																
A.3: Adequate informatievoorziening en bereikbaarheid:																																																																			
e. Informatievoorziening PGB: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	73%	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)	84%	83%	0,4																																																																
h. Deskundigheid medewerkers: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	74%	74%	0,4																																																																
A.5: Goed oordeel cliënten:																																																																			
i. Oordeel dienstverlening: ITS rapportcijfer (1 punt)	75%	76%	0,8																																																																
j. Oordeel uitvoering PGB: ITS rapportcijfer (1 punt)	78%	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 belpoging 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 1088 1075 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>4,3</td> <td>8,5</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Doorlooptijd stap 2 (inventariserend)</td> <td>19,3</td> <td>37,6</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Doorlooptijd stap 3 (inventariserend)</td> <td>31,0</td> <td>20,7</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Doorlooptijd stap 4</td> <td>8,0</td> <td>8,8</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Toelichting:</p> <p>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	4,3	8,5	n.v.t.	Doorlooptijd stap 2 (inventariserend)	19,3	37,6	n.v.t.	Doorlooptijd stap 3 (inventariserend)	31,0	20,7	n.v.t.	Doorlooptijd stap 4	8,0	8,8	n.v.t.		
	Doorlooptijd bij de concessiehouder in dagen	Landelijk gemiddelde in dagen	Score																				
Doorlooptijd stap 1	4,3	8,5	n.v.t.																				
Doorlooptijd stap 2 (inventariserend)	19,3	37,6	n.v.t.																				
Doorlooptijd stap 3 (inventariserend)	31,0	20,7	n.v.t.																				
Doorlooptijd stap 4	8,0	8,8	n.v.t.																				
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 8	6,6																				

Bron: NZa

De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren.

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 het eerste tot en met vierde kwartaal 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: Het percentage afgehandelde klachten dat binnen zes weken is afgehandeld dan wel bij verdaging binnen tien weken, bedraagt over het eerste tot en met vierde kwartaal 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: Het percentage ontvangen klachten waarbij de klager in de gelegenheid is gesteld om gehoord te worden en van het horen een verslag is gemaakt, bedraagt over het eerste tot en met vierde kwartaal 2014 100%.</p>		
	<p>Aandachtspunt: In het geval de concessiehouder een klacht snel afhandelt, is een formele ontvangstbevestiging niet nodig. Omdat de uitnodiging om te worden gehoord is opgenomen in de ontvangstbevestiging, wordt de klager in dergelijke gevallen ook niet formeel uitgenodigd om te worden gehoord. In geconstateerde omissies heeft de concessiehouder wel altijd telefonisch contact gehad met de klager. De NZa adviseert de concessiehouder altijd de klager formeel in de gelegenheid te stellen om gehoord te worden. De concessiehouder heeft dit aandachtspunt inmiddels opgepakt.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
B.5	<p>Norm: 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	1
	<p>Bevinding: 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 tot en met vierde kwartaal 2014 100%. Ook is in alle gevallen aangegeven binnen welke termijn dit moet gebeuren.</p>		
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 6,25	6,25

Bron: NZa

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 44 klachten ontvangen. Deze kunnen als volgt worden onderverdeeld:

Tabel 8. Verdeling klachten 2014

Aard van de klacht	Aantal
Functioneren zorgaanbieders	15
Privacyschending	0
Bejegening door personeel zorgkantoren	13
Bereikbaarheid zorgkantoren (inclusief telefonische bereikbaarheid).	0
Uitvoering PGB	1
Overige	15
Totaal	44

Bron: NZa

Vorbereiding afhandeling van bezwaarschriften

De concessiehouder heeft aangegeven op de hoogte te zijn van de wijzigingen in de prestatiemeting 2015 en dat hij voorbereid is om het afhandelen van bezwaarschriften volgens de prestatiemeting Wlz 2015 uit te voeren.

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
D.	De concessiehouder ontwikkelt een transparant, non discriminatoir en toetsbaar contracteer- en inkoopbeleid waarin aanbieders op gelijke manier worden behandeld.		
D.4	<p>Norm: De concessiehouder geeft in zijn contracteerbeleid 2015 en / of overeenkomst duidelijk aan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Wat hij verstaat onder onderaanneming, en een nadere toelichting van de vormen van onderaanneming die hij als zodanig onderscheidt. Onder welke voorwaarden eventuele capaciteitsmutaties leiden tot productieafspraken. Onder welke voorwaarden de concessiehouder met de zorgaanbieder eventueel principeafspraken wil maken voor de periode na 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 contracteerbeleid duidelijk opnemen van de wijzigingen in het beleid ten opzichte van het voorgaande jaar (en als er geen wijzigingen zijn, dan moet ook dit expliciet worden vermeld).</i></p> <p>De NZa heeft geconstateerd dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.</p>		
D.5	<p>Norm:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 	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 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>De NZa heeft geconstateerd dat de concessiehouder deze verbeterpunten niet heeft gerealiseerd.</p>		
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder zich houdt aan de leveringsvoorwaarden betreffende het ontruimen van de leefruimte na overlijden. - Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder in zijn publieksvoorlichting duidelijk is over zijn ontruimingsbeleid bij overlijden. 		
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: n.v.t.	n.v.t.

Bron: NZa

2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Transparantie beschikbare contracteerruimte

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

Bewaking benutting PGB-kader en subsidieplafond

Maandelijks wordt de benutting van het PGB-kader gemonitord, ook het subsidieplafond wordt maandelijks bewaakt.

Het zorgkantoor ervaart tekortschietende sturingsmogelijkheden op het PGB als een knelpunt. Het zorgkantoor kan de contracteerruimte zorg in natura sturen via het inkoopbeleid, maar voor het PGB is dat niet mogelijk. Ook wil het zorgkantoor graag meer (juridische) mogelijkheden hebben om een PGB te weigeren.

Het zorgkantoor voorziet uitvoeringsproblemen ten aanzien van de wisselwerking tussen PGB en zorg in natura, vanwege niet heldere regelgeving.

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	2
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 2	2

Bron: NZa

2.6.2 Verdiepende vragen onderzoek Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Beoordelen doelmatigheid Vpt / Mpt

Het zorgkantoor beoordeelt zelf de doelmatigheid, door toetsing via de rekentool aan het toegestane financiële kader en het eventueel toekennen van extra kosten thuis (EKT). Bij de beoordeling of de zorg verantwoord kan worden geleverd laat het zorgkantoor zich in 2015, conform de afspraken met VWS, leiden door het advies van de zorgaanbieder. Het zorgkantoor informeert de aanvrager/houder van het Volledig Pakket Thuis (Vpt) / Modulair Pakket Thuis (Mpt) over het besluit. Bij een positief besluit gaat het zorgkantoor niet in overleg, er is nog geen ervaring met negatieve besluiten. Als dat aan de orde zou zijn, zal het zorgkantoor wel in overleg treden met de aanvrager/houder van het Vpt / Mpt voordat een negatief besluit wordt genomen.

Het zorgkantoor heeft een procedure voor intrekking van het Vpt / Mpt, als dit naar zijn mening niet doelmatig of verantwoord is. Wanneer de zorgaanbieder aangeeft dat er in de situatie van de cliënt een wijziging is opgetreden, verkort het zorgkantoor de einddatum van de beschikking en trekt hem daarmee in. Onderwerp van landelijk overleg is de vraag of er jaarlijks een nieuwe beoordeling plaats moet vinden op de doelmatigheid en/of verantwoord leveren van een Mpt / Vpt.

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.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Het stimuleren van zorg in eigen omgeving en zelfredzaamheid van cliënten in 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. De eventuele hulp die die mantelzorger aanvullend op de door de zorgaanbieder verleende zorg kan en wil bieden is vastgelegd.

Zorginkoopbeleid

Het zorgkantoor heeft in zijn inkoopbeleid 2015 aandacht gevraagd voor het gebruik van het zorgplan en de betrokkenheid van het sociaal netwerk van de klant. Zorgaanbieders moeten aangeven in hoeverre mantelzorg is ingeregeld binnen de organisatie. Wanneer zorgaanbieders hun werkwijze onafhankelijk laten toetsen en samen met de cliëntenraad verbeterplannen ontwikkelen, kunnen zij een opslag op het tarief krijgen.

Samen met de gelieerde zorgverzekeraar heeft het zorgkantoor twee mantelzorgprojecten opgezet. Eén ervan is erop gericht om overbelaste mantelzorgers te trainen hoe zij met hun situatie beter kunnen omgaan. Daarnaast is er een project om een ervaringsdeskundige toe te voegen aan een nieuwe mantelzorger voor een dementerende partner. De organisatie faciliteert ook mantelzorg door het eigen personeel van het zorgkantoor.

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

2.8.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura.

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

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
B.	Realisatie declaratieafspraken prestaties		
	<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 rekenstaatsniveau) 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 rekenstaatsniveau) 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	4,25

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score																								
	<p>Bevinding:</p> <table border="1" data-bbox="379 304 1082 925"> <thead> <tr> <th data-bbox="379 304 644 439">Outcome-Indicator taak 9: percentages cumulative meting</th> <th data-bbox="644 304 815 439">Gemiddelde over 12 maanden bij alle zorgkantoren</th> <th data-bbox="815 304 970 439">Landelijk gemiddelde</th> <th data-bbox="970 304 1082 439">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="379 439 644 539">Tijdige aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)</td> <td data-bbox="644 439 815 539">98,0%</td> <td data-bbox="815 439 970 539">95,0%</td> <td data-bbox="970 439 1082 539">1,25</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 539 644 640">Juiste aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)</td> <td data-bbox="644 539 815 640">93,1%</td> <td data-bbox="815 539 970 640">93,4%</td> <td data-bbox="970 539 1082 640">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 640 644 741">Tijdige afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)</td> <td data-bbox="644 640 815 741">100%</td> <td data-bbox="815 640 970 741">99,9%</td> <td data-bbox="970 640 1082 741">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 741 644 842">Juiste afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)</td> <td data-bbox="644 741 815 842">100%</td> <td data-bbox="815 741 970 842">97,6%</td> <td data-bbox="970 741 1082 842">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 842 644 925">Volledige afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)</td> <td data-bbox="644 842 815 925">100%</td> <td data-bbox="815 842 970 925">100%</td> <td data-bbox="970 842 1082 925">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Bevinding:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De concessiehouder heeft de scores van de outcome-indicatoren taak 9 voor de drie zorgkantoren afzonderlijk in de verantwoordingsinformatie opgenomen. De scores op concessiehouderniveau (gemiddelde cijfers van de drie zorgkantoren) moeten in de verantwoordingsinformatie worden opgenomen. De hiervoor gepresenteerde scores zijn berekend aan de hand van de scores per zorgkantoor zoals opgenomen in de verantwoordingsinformatie. 	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)	98,0%	95,0%	1,25	Juiste aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)	93,1%	93,4%	0	Tijdige afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)	100%	99,9%	1	Juiste afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)	100%	97,6%	1	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)	98,0%	95,0%	1,25																								
Juiste aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)	93,1%	93,4%	0																								
Tijdige afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)	100%	99,9%	1																								
Juiste afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)	100%	97,6%	1																								
Volledige afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)	100%	100%	1																								
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het bewerkstelligen dat minimaal 95% van de gecontracteerde zorgaanbieders (op NZa rekenstaatsniveau) de declaraties van zorg op cliëntniveau (AW319) per maand juist indient. - Het presenteren van de scores van de outcome-indicatoren taak 9 als gemiddelde van alle zorgkantoren. <p>NB: De concessiehouder heeft op 9 oktober 2015 alsnog de gemiddelde cijfers van alle zorgkantoren per email aangeleverd (deze zijn in bovenstaande tabel opgenomen).</p>																										
D.	Afrekenen met zorgaanbieders																										
	<p>Norm:</p> <p>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).</p>	2	1,5																								
	<p>Bevinding:</p> <p>De concessiehouder voldoet niet helemaal, omdat niet alle nacalculatieformulieren tijdig door de zorgaanbieders zijn aangeleverd. Dit betreft vijf zorgaanbieders van het zorgkantoor Arnhem, twee zorgaanbieders van het zorgkantoor Groningen en twee zorgaanbieders van het zorgkantoor Twente. In een enkel geval is niet tijdige indiening te wijten aan de concessiehouder, ook moet de concessiehouder het proces van materiële controles zodanig inrichten dat dit proces tijdig kan worden afgerond.</p>																										

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	Verbeterpunt: De concessiehouder moet tijdig, dat wil zeggen voor 1 juni van een kalenderjaar de nacalculatieformulieren over het voorgaande kalenderjaar bij de NZa hebben ingediend.		
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 7,5	5,75

Bron: NZa

De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren.

2.8.2 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Controle nacalculatieformulieren

De goedgekeurde declaraties (AW319) zijn leidend voor het bepalen van de werkelijk geleverde productie. Als de nacalculatiegegevens 2014 meer dan een half procent afwijken van de goedgekeurde declaraties (stand ultimo maart jaar t+1), vraagt het zorgkantoor om een verklaring (en corrigeert de nacalculatiegegevens zondig).

Knelpunten invoering Wlz

De concessiehouder heeft ten aanzien van deze prestatie-indicator geen bijzondere knelpunten ervaren bij de invoering van de Wlz.

2.9 Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdeniveau voor PGB

2.9.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdeniveau 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 verzekerdeniveau voor PGB.

Tabel 13. Prestatiemeting 2014 Administratie op verzekerdenniveau voor PGB

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
A.	Vaststelling en toekenning voorlopige budgetten		
A.1	<p>Norm:</p> <p>a. Screening</p> <p>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 verwijzingsregister (EVR) alleen nog mogelijk als zorgkantoren twijfelen 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</p> <p>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:</p> <p>De score heeft alleen betrekking op norm B. Bij alle concessiehouders is deze norm beoordeeld. De concessiehouder voldoet aan deze norm.</p> <p>Norm A is niet beoordeeld omdat dit geen verbeterpunt in het rapport 2013 was.</p>		
C.	Controle door concessiehouder en uitvoering van het programma Huisbezoeken		

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.3	<p>Norm:</p> <p>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:</p> <p>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 enkel voor genoemde punten in het controleprotocol en zet de bestandsanalyse niet in als middel om op basis van aanwezige signalen en bevindingen de gehele populatie te beoordelen. De concessiehouder geeft aan dat een periodieke bestandenanalyse op de NAW van de budgethouder gebruikmakend van het GBA niet toegankelijk is voor het zorgkantoor. De concessiehouder dient de controlepunten zoals genoemd in het controleplan uit te voeren.</i></p> <p>De NZa heeft geconstateerd dat dit verbeterpunt in 2014 is gerealiseerd.</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 vervolgcacties 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>Bij herziening van al vastgesteld budgetten houdt de concessiehouder rekening met artikel 4:49 Awb.</p>	3	3
D.	Tijdige indiening afrekening bij het Zorginstituut Nederland		
	<p>Norm:</p> <p>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.</p>	0,5	0,5
E.	Informatieverstrekking in de keten		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 7	7

Bron: NZa

2.9.2 Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB

Ultimo 2013 bedroegen de vorderingen op budgethouders PGB € 22.820.000. Stichting Zorgkantoor Menzis 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 Stichting Zorgkantoor Menzis deze informatieverplichting heeft voldaan.

Openstaande saldo PGB

Per 31 december 2014 bedraagt het saldo openstaande vorderingen op budgethouders PGB € 22.083.000. Per 31 december 2013 bedroeg het saldo € 22.820.000. Dit is een daling van € 737.000 (3,2%). Het percentage openstaande vorderingen ten opzichte van de totale kosten subsidies PGB in 2014 bedraagt 5,1% (in 2013: 5,3%). Van deze vorderingen is 59% ouder dan één jaar, 14% is tussen zes en twaalf maanden oud en 27% is maximaal een half jaar geleden ontstaan.

Volgens opgave van de concessiehouder zijn de vorderingen per 30 juni 2015 verder gestegen naar € 22.520.000. Van deze vorderingen is 55% ouder dan één jaar, 14% is tussen zes en twaalf maanden oud en 31% is maximaal een half jaar geleden ontstaan.

2.9.3 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor PGB

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Administratie op verzekerdeniveau 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 € 427.021.000 (2013: € 416.916.000). Dit is een kostenstijging van 2,4% (landelijk: 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>Bevinding:</p> <p>In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het in alle gevallen rappelleren bij instellingen wanneer informatie ontbreekt. Dit is overigens in vergelijking met vorig onderzoek wel verbeterd.</i></p> <p>De NZa heeft dit onderzoek geconstateerd dat dit verbeterpunt grotendeels gerealiseerd is. In bijna alle gevallen is gerappelleerd. Het aantal zorgaanbieders waarvan de aangeleverde informatie is verwerkt in het EWS-systeem, is echter gedaald van 93% vorig jaar naar circa 83% dit jaar. De concessiehouder heeft aangegeven dat in 2015 overeenkomsten met veel zorgaanbieders niet gecontinueerd zijn, waardoor het niet zinvol is gebleken om een rappel te sturen bij zorgaanbieders, waarvan in het derde en vierde kwartaal 2014 geen informatie is aangeleverd en waarvan het contract in 2015 niet is verlengd.</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	Gerealiseerde score
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het in het stappenplan vermelden van de te ondernemen acties, waaronder het melden van overmacht bij de NZa zoals opgenomen in beleidsregel TH/BR-008 overmacht continuïteit van zorg.</i></p> <p>De NZa heeft dit onderzoek geconstateerd dat het melden van overmacht bij de NZa zoals opgenomen in beleidsregel TH/BR-008 overmacht continuïteit van zorg nog niet opgenomen is in het stappenplan.</p>		
C.	Anticiperen op nieuwe ontwikkelingen		
	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder vertaalt de landelijke visie op (mogelijke) consequenties van de kabinetsplannen voor de continuïteit van zorgverlening naar lokaal beleid.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	2,75	2,25
	<p>Verbeterpunt: Er is een concept programmaplan (d.d. 5 februari 2014) aanwezig waarin een visie is weergegeven. Dit plan moet nog verder worden uitgewerkt.</p>		
D.	Ter inventarisatie: Outcome-indicator continuïteit zorgverlening		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde 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> <p>a. Een voldoende percentage van de cliënten dat een vervangend aanbod is aangeboden (en daarmee in zorg kan blijven).</p> <p>b. Is er geen AWBZ-geld uitgekeerd waar geen rechtmatige en doelmatige levering van AWBZ-zorg tegenover heeft gestaan.</p> <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>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding:</p> <p>Er is één instelling failliet gegaan in 2014. De concessiehouder geeft aan het aantal bevoorschotte declaratiemaanden waarin de zorglevering volgens de materiële controle tekort schoof nihil (0) is.</p> <p>Er is voor 100% van de cliënten tijdig vervangend aanbod aangeboden.</p>		
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 2,75	2,25

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.

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 heeft de mogelijke consequenties van de Wlz voor de continuïteit van zorg in beeld (inclusief capaciteiten per gemeenten). De concessiehouder coördineert de afbouw van capaciteit en monitort dit via Statline. Ook monitort de concessiehouder de diversiteit en de spreiding van het aanbod.

De concessiehouder geeft aan dat mogelijke nadelige consequenties van het nieuwe landelijke beleid zijn: kapitaalvernietiging, spreiding en leegstand.

De concessiehouder heeft goed inzichtelijk waar en hoeveel actief wachtenden er zijn. De concessiehouder geeft aan zicht te hebben op welke zorgaanbieders in problemen kunnen komen door de hervormingen van de langdurige zorg. Een aantal zorgaanbieders - die af moet bouwen - is in beeld, met deze zorgaanbieders treedt de concessiehouder in contact. Volgens de concessiehouder is de continuïteit van de zorgverlening niet in gevaar.

Continuïteit van zorgaanbieder

De concessiehouder vindt dat de eerste verantwoordelijkheid ten aanzien van het oplossen van vastgoedproblematiek bij de zorgaanbieder ligt. Waar mogelijk faciliteert de concessiehouder actief. Dit is onderwerp van gesprek in de periodieke overleggen met zorgaanbieders en aan de regiotafels waarin de concessiehouder participeert.

De concessiehouder heeft geen zicht op het beleid van de financiers en woningbouwcorporaties. De concessiehouder verwacht dat dit thema aan de regiotafels nog wel aan de orde zal komen.

Continuïteit van zorg voor de individuele cliënt

De concessiehouder heeft inzicht in de afbouw van het aantal plaatsen per gemeente. De concretisering naar locaties heeft nog niet plaatsgevonden. De concessiehouder geeft aan dat daar wel op gestuurd gaat worden en gaat daarover in gesprek met de individuele zorgaanbieders.

De concessiehouder is van mening dat geplande gedwongen verhuizing er niet toe mag leiden dat de klant geen mogelijkheid meer heeft om te kiezen. De concessiehouder bekijkt in overleg met de zorgaanbieder wat de beste optie is met betrekking tot welke locaties worden gesloten.

De informatie-eisen naar de cliënten in het geval van geplande verhuizing worden meegenomen in de update van het extramuraliseringsbeleid.

De concessiehouder heeft geen zicht op de wijze waarop de gevolgen van geplande verhuizingen worden opgevangen. Op dit moment is de concessiehouder bezig met de inventarisatie hiervan.

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	Gereali-seerde score
A.	Organisatie		
	<p>Norm: De concessiehouder heeft de materiële controle belegd bij een zelfstandige unit/afdeling/projectorganisatie waarbij sprake is:</p> <p>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></p> <p>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></p> <p>c. Betrokkenheid van de coördinator fraudebestrijding bij tenminste de opzet (risicoanalyse) en de evaluatie van de controleresultaten.</p>	1	0,5
	<p>Verbeterpunt: Het binnen de eigen organisatie beschikbaar zijn van (voldoende) medische deskundigheid, zodat de kwaliteit en continuïteit van het proces materiële controle geborgd is als de concessiehouder gebruik maakt van externe inhuur van medische deskundigheid bij het uitvoeren van materiële controles. De NZa is van mening dat medische deskundigheid permanent in de organisatie beschikbaar moet zijn.</p>		
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	1
C.	Uitvoering materiële controles		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
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	1
	<p>Verbeterpunt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het tijdig uitvoeren van materiële controles. De concessiehouder heeft de NZa geïnformeerd dat de achterstanden in 2015 zijn ingelopen en dat het verbeterpunt van tijdige uitvoering van materiële controles is opgevolgd. - Het gebruik maken van alle beschikbare data bij het uitvoeren van materiële controles, zoals het inzetten van het instrument van datamining. De zorgverzekeraar heeft dit instrument in 2014 ingezet voor de Zvw. Voor de AWBZ/Wlz is inzet van een tool voor datamining nog niet gerealiseerd. 		
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 toezichthouders mogelijk is.</p>	3	3
D.	Managementsturing en -informatie		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p>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.</p>	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.

2.11.2 Informatie verzoek cruciale verbeterpunten Materiële controle

De NZa heeft in haar onderzoek over 2013 geconstateerd dat de concessiehouder drie cruciale verbeterpunten 2012 materiële controle nog niet (geheel) had gerealiseerd. De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de volgende drie verbeterpunten:

- Het uitbreiden van de risicoanalyse en de hieruit voortvloeiende speerpuntenonderzoeken.
- Het uitbreiden van het aantal materiële controles en ook het tijdig afronden van de controles.
- Het verbinden van consequenties aan de geconstateerde tekortkomingen uit de detailcontroles.

Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder aan deze informatieverplichting heeft voldaan. De concessiehouder heeft het eerste en derde verbeterpunt gerealiseerd. Ten aanzien van het tweede verbeterpunt heeft de concessiehouder aangegeven dat de achterstanden in 2015 zijn ingelopen en dat daarmee het verbeterpunt van tijdige uitvoering van materiële controles in 2015 is opgevolgd. De NZa zal de tijdigheid van uitvoering van materiële controles in het onderzoek 2015 kritisch volgen.

2.11.3 Lopend onderzoek zorginstelling

De NZa heeft in juli 2014 een aangekondigd bedrijfsbezoek gedaan bij een door Stichting Zorgkantoor Menzis gecontracteerde zorginstelling. Aanleiding hiervoor waren signalen dat een zorgaanbieder extramurale AWBZ prestaties in rekening heeft gebracht die deels of niet gerealiseerd zijn. De concessiehouder heeft nader onderzoek verricht. Het onderzoek van de NZa loopt nog.

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> <p>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.</p> <p>b. De coördinator fraudebestrijding heeft een zelfstandige bevoegdheid tot het instellen van onderzoek op risicogebieden in de AWBZ.</p> <p>c. De coördinator fraudebestrijding en de medewerkers op de specifieke fraudeafdeling beschikken over duidelijke functie-omschrijvingen.</p> <p>d. De medewerkers moeten beschikken over deskundigheden voor de werkzaamheden in kader van bestrijding van M&O (bijvoorbeeld door opleidingen en/of ervaring).</p> <p>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.</p>	2	2
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	1
C.	Uitvoering onderzoeken gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
C.1	<p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft in 2014 voorlichting gegeven aan zorgkantoormedewerkers over bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik, bijvoorbeeld in de vorm van presentaties of cursussen ter verhoging van alertheid van medewerkers.</p> <p>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	0,5
	<p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het gebruik maken van alle beschikbare data bij het uitvoeren van materiële controles, zoals het inzetten van het instrument van datamining. De zorgverzekeraar heeft dit instrument in 2014 ingezet voor de Zvw. Voor de AWBZ/Wlz is inzet van een tool voor datamining nog niet gerealiseerd. De concessiehouder heeft overigens wel een data-analist aangesteld voor bestands- en systeemvergelijkingen naar aanleiding van fraudesignalen en frauderisico's. Het faciliteren van data-analyse met bijvoorbeeld datamining vormt nog een verbeterpunt. - Het aanscherpen van de wijze van prioritering van onderzoeken. Ontvangen signalen worden geprioriteerd voor onderzoek. Vastgesteld is dat deze prioritering statisch van aard is en de duur dat een signaal in voorraad is, geen onderdeel vormt van de prioriteringsmethodiek. De tijdigheid van onderzoeken kan hierdoor in het gedrang komen. 		
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	2

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
	<p>Aandachtspunt: De concessiehouder volgt bij geconstateerde fraude de maatregelenrichtlijn van Zorgverzekeraars Nederland. Bij het onderzoek is aan de orde gekomen dat voor de registratie in het EVR voor PGB fraudezaken de frauderende zorgaanbieders en derden (bemiddelaars) niet in het EVR worden geregistreerd. Dit met als reden dat de concessiehouder formeel geen relatie onderhoudt met deze partijen.</p> <p>Frauderende budgethouders worden, rekening houdend met de uitgangspunten van onder andere proportionaliteit, wel in het EVR geregistreerd. Naar mening van de NZa verdient het aanbeveling dat ook zorgaanbieders en derden die frauderen met het PGB worden geregistreerd in het EVR. De grootste fraudes met het PGB worden gepleegd door zorgaanbieders en derden.</p> <p>Voor de AWBZ/Wlz geldt dat meerdere concessiehouders geen registratie in EVR toepassen bij AWBZ/Wlz zorgfraude als gevolg van ontbreken van een voldoende wettelijke basis. De route die door Zorgverzekeraars Nederland wordt aangegeven voor registratie door de zorgverzekeraar voor AWBZ/Wlz zaken wordt door deze concessiehouders niet gevolgd.</p>		
D.	Vastlegging signalen		
	<p>Norm: 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 verzekerden 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	1
E.	Managementinformatie		
	<p>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 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	0,5
F.	Audit interne of externe accountantsdienst		
	<p>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.</p>	1	1
	TOTAAL	Maximaal te behalen score: 10	9

Bron: NZa

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

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 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het periodiek herijken van het aantal uit te voeren controles per kwartaal rekening houdend met de uitkomsten van de controles over de al gecontroleerde perioden.</i></p> <p>In het onderzoek 2014 heeft de NZa geconstateerd dat het verbeterpunt niet is gerealiseerd. De concessiehouder geeft aan dat het aantal uit te voeren controles in 2015 aanzienlijk zal wijzigen vanwege de veranderde wetgeving. De concessiehouder zal dit punt in 2015 hernieuwde aandacht geven.</p>		
	<p>Verbeterpunt: Het periodiek herijken van het aantal uit te voeren controles per kwartaal rekening houdend met de uitkomsten van de controles over de al gecontroleerde perioden.</p>		
A.5	<p>Norm: Het management van de concessiehouder heeft in 2014 maandelijks of per kwartaal betrouwbare managementinformatie van goede kwaliteit ontvangen over de uitkomsten van de uitgevoerde interne controles en stuurt aantoonbaar op deze managementinformatie. De bespreking van de managementinformatie en de follow-up is schriftelijk vastgelegd.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het zichtbaar maken dat het management van de concessiehouder stuurt op de managementinformatie. De bespreking van de managementinformatie en de follow-up zijn niet schriftelijk vastgelegd.</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 het vermelde verbeterpunt realiseren.

3. Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken

3.1 Niet (geheel) opgevolgde 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 10: Materiële controle

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het structureel borgen van voldoende medische deskundigheid binnen de afdeling Materiële Controle AWBZ.	Het verbeterpunt is nog niet gerealiseerd. De concessiehouder maakt gebruik van externe inhuur van medische deskundigheid voor de uitvoering van materiële controles, vooral in de fase van detailcontroles. De NZa is van mening dat
2.	Het aantoonbaar vastleggen van enkele stappen (zie paragraaf 2.11) in het proces materiële controle en welke afwegingen hierbij in welke fase van het proces gemaakt worden.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
3.	Het uitbreiden, actualiseren en verder professionaliseren van de risicoanalyse en de hieruit voortvloeiende onderzoeken.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
4.	Het aantoonbaar onderbouwen waarom in de algemene risicoanalyse is gekozen voor de gehanteerde criteria ter bepaling of nader onderzoek noodzakelijk is.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
5.	Het uitbreiden van de controlemethodieken van bestands- of systeemvergelijkingen ten behoeve van het uitvoeren van materiële controles in de AWBZ.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
6.	Het nemen van maatregelen om de achterstanden in de uitvoering van controles weg te werken en om deze in de toekomst te voorkomen.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
7.	Het volledig en tijdig uitvoeren van alle controles die voortkomen uit de uitgevoerde risicoanalyses.	Het verbeterpunt is in 2014 niet gerealiseerd. De concessiehouder heeft aangegeven dat de achterstanden in 2015 zijn ingelopen.
8.	Het aanscherpen van het Beleid maatregelen en sancties AWBZ.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
9.	Het tijdig opstellen van foutenevaluaties.	Het 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.

Stichting Zorgkantoor Menzis. 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 Wmg. De concessiehouder heeft aan het informatieverzoek voldaan.

In de tabel is de opvolging van de niet opgevolgde cruciale verbeterpunten 2012 aangegeven.

Tabel 19. Verbeterpunten PI 10: Materiële controle

Nr.	Cruciale verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het uitbreiden van de risicoanalyse en de hieruit voortvloeiende speerpuntenonderzoeken.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het uitbreiden van het aantal materiële controles en ook het tijdig afronden van de controles. NB: Het tijdig uitvoeren van de materiële controles was ook nog een verbeterpunt 2011.	Het verbeterpunt is in 2014 niet gerealiseerd. De concessiehouder heeft aangegeven dat de achterstanden in 2015 zijn ingelopen.
3.	Het verbinden van consequenties aan de geconstateerde tekortkomingen uit de detailcontroles.	Het verbeterpunt is gerealiseerd.

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 20 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 € 23.673.000 betreft het totaal van de voorlopige beschikking van Zorginstituut Nederland (€ 21.814.000) en een door de concessiehouder opgenomen schatting voor de nadere vaststelling van het budget (€ 1.140.000) en een opgenomen reorganisatievoorziening vanwege de Hervorming Langdurige Zorg (€ 719.000).

Dit opgenomen bedrag is niet bepaald volgens de voorschriften zoals deze zijn opgenomen in het Model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording. De NZa vraagt aandacht voor het hanteren van de verslaggevingsvoorschriften zoals opgenomen in dit model.

Ten behoeve van een eenduidige presentatie heeft de NZa in onderstaande tabel de nadere vaststelling van het budget beheerskosten 2014 (€ 23.352.000) opgenomen, zoals bepaald door Zorginstituut Nederland. De concessiehouder moet dit corrigeren in zijn financiële verantwoording 2015.

Tabel 20. Beheerskosten en wettelijke reserve AWBZ

Kerngegevens concessiehouder	2014	2013
Budget beheerskosten AWBZ verslagjaar (x € 1.000)	23.352	21.651
Beheerskosten AWBZ verslagjaar (x € 1.000)	21.838 ²	18.917
Budgetresultaat beheerskosten AWBZ verslagjaar (x € 1.000)	1.514	2.734
Wettelijke reserve AWBZ ultimo jaar (x € 1.000)	4.535 ³	3.510
Mutatie beheerskosten ten opzichte van voorgaand jaar in %	15,4%	-/- 15,1%
Wettelijke reserve AWBZ als percentage van het budget beheerskosten AWBZ boekjaar	19,4%	16,2%

Bron: De cijfers zijn afkomstig uit de financiële verantwoording van de concessiehouder (zorgkantoren). Hierbij is een correctie toegepast op zowel het budget als de werkelijke beheerskosten AWBZ 2014. Het budget beheerskosten AWBZ 2014 is aangesloten met de nadere vaststelling van Zorginstituut Nederland.

De beheerskosten zijn in 2014 ten opzichte van 2013 met 15,4% (€ 2.921.000) gestegen. De belangrijkste reden voor deze stijging zijn de voorbereidingskosten voor de overheveling van de zorgtaken. Voor de invoering van de Wlz zijn extra kosten gemaakt evenals voor het project trekkingsrechten PGB. De loon- en prijsontwikkelingen zijn in 2014 negatief.

Budgetresultaat

Het budgetresultaat zoals opgenomen in de financiële verantwoording van de concessiehouder bedraagt € 1.116.000. Het gecorrigeerde budgetresultaat over 2014 bedraagt € 1.514.000. Het budgetresultaat in 2013 bedroeg € 2.734.000.

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 verbindingskantoren 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 € 4.137.000. De gecorrigeerde wettelijke reserve AWBZ

² Dit betreft de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten (€ 22.557.000) minus het opgenomen bedrag voor de reorganisatievoorziening vanwege de toegezegde voorwaardelijke budgetten (€ 719.000).

³ Deze wettelijke reserve wijkt af van wat is opgenomen in de financiële verantwoording (€ 4.137.000) vanwege de aanpassing in het opgenomen budget beheerskosten (de nadere vaststelling (verschil € 321.000), zie voetnoot 2) en het niet opnemen van de kosten voor de reorganisatievoorziening (€ 719.000)

bedraagt per 31 december 2014 € 4.535.000. De wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2013 bedraagt € 3.510.000.

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

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 € 21.838.000 rechtmatig zijn, met uitzondering van de hierna opgenomen onrechtmatigheden 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 Onrechtmatigheden in de verantwoording 2014

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2014 onrechtmatigheden zijn geconstateerd voor een bedrag van € 719.000. Dit betreft een bedrag dat betrekking heeft op de voorwaardelijke beheerskosten budgetten. Deze voorwaardelijke deelbudgetten hebben betrekking op kosten die na 2014 gemaakt worden. De concessiehouder moet dit corrigeren in haar financiële verantwoording 2015.

4.2.5 Opvolging onderzoek 2013

De NZa heeft in het onderzoek 2013 geconcludeerd dat de concessiehouder de kosten welke in het verleden zijn gemaakt vanwege het project uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden (UAZ) ten laste van de exploitatie 2013 heeft gebracht (€ 1.342.000). De ontvangen voorschotten waren als schuld opgenomen op de balans. In 2015 heeft Zorginstituut Nederland de definitieve beschikking UAZ afgegeven. Voor de concessiehouder is deze op nihil vastgesteld. De NZa concludeert dat de kosten welke door de concessiehouder voor UAZ zijn gemaakt terecht ten laste van de beheerskosten 2013 zijn gebracht.

Hiermee is het onderzoek over 2013 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 21 zijn de kerngegevens opgenomen over de bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ.

Tabel 21. Bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ

Kerngegevens concessiehouder	2014 (x € 1.000)	2013 (x € 1.000)
Bedrijfsopbrengsten AWBZ:		
Vergoeding zorgaanpakken via CAK	3.457.347	3.406.048
Budget beheerskosten AWBZ	22.858 ⁴	20.432 ⁵
Rentevergoedingen AFBZ bij afrekeningen		
Overige (rente) opbrengsten	5	4
Vergoeding AFBZ rechtstreeks met het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) te verrekenen kosten en opbrengsten (saldo)	8.265	7.984
(-/-) Eigen bijdragen via nevenincasso	-/- 2	94
Overige opbrengsten en vergoedingen van derden	47	-/- 93
Totaalbedrag bedrijfsopbrengsten exclusief Subsidies AWBZ	3.488.520	3.434.469
Subsidies AWBZ	427.021	416.916
Totaalbedrag bedrijfsopbrengsten inclusief Subsidies AWBZ	3.915.541	3.851.385
Bedrijfslasten AWBZ:		
Bruto schaden AWBZ via het CAK	3.448.748	3.379.766
Totaal Kosten niet via het CAK	8.458	8.111
Kosten niet via CAK voorgaande jaren	-/- 148	-/- 126
Verrekeningen voorgaande jaren m.b.t. betalingen via CAK	8.599	26.282
Totaal Schaden AWBZ exclusief subsidies	3.465.657	3.414.033
Kosten subsidieregelingen	432.535	429.884
Kosten subsidieregelingen voorgaande jaren	-/- 5.514	-/- 12.968
Totaal Schaden subsidieregelingen	427.021	416.916
<i>Totaal Schaden AWBZ</i>	3.892.678	3.830.949
<i>Totaal Bedrijfskosten</i>	21.838 ⁶	18.917
Totaal Bedrijfslasten	3.914.516	3.849.866
Resultaat	1.025	1.519

Bron: de cijfers zijn afkomstig uit de financiële verantwoording van de concessiehouder (zorgkantoren). Hierbij is een correctie toegepast op zowel het budget als de werkelijke beheerskosten AWBZ 2014. Het budget beheerskosten AWBZ 2014 is aangesloten met de nadere vaststelling van Zorginstituut Nederland.

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 Dit betreft de nadere vaststelling van het budget beheerskosten zoals vastgesteld door Zorginstituut Nederland (€ 23.352.000) en de afrekening beheerskosten 2013 (-/- € 494.000).

⁵ Het in de exploitatierekening opgenomen budget voor beheerskosten is verlaagd vanwege de afboeking UAZ gelden (€ 1.342.000) en verhoogd met afrekeningen voorgaande jaren (€ 123.000).

⁶ Dit betreft de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten (€ 22.557.000) minus het opgenomen bedrag voor de reorganisatievoorziening vanwege de toegezegde voorwaardelijke budgetten (€ 719.000).

4.3.3 Oordeel NZa

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies (€ 3.488.520.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 3.465.657.000) 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 dat het opgenomen budget beheerskosten 2014 niet overeenkomt met de opgave van Zorginstituut Nederland. Als gevolg hiervan is het budgetresultaat door de concessiehouder niet bepaald volgens het Model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2014 Concessiehouders. De concessiehouder moet het verschil van € 321.000 corrigeren in de financiële verantwoording 2015.

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2014 onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ zijn geconstateerd voor een bedrag van € 2.316.000. Deze onrechtmatigheden hebben voor een bedrag van € 1.259.000 betrekking op een onjuist verwerkte rekenstaat voor een instelling en voor een bedrag van € 1.057.000 op uitgevoerde materiële controles.

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 € 45.474.000. Dit bedrag heeft betrekking op onzekerheden als gevolg van:

- uitgevoerde materiële controles, voor een bedrag van € 480.000;
- onzekerheid vanwege het (nog) niet aanleveren van een controleverklaring van een zorgaanbieder voor een bedrag van € 16.100.000;
- onzekerheid vanwege 'planning is realisatie voor een bedrag van € 25.700.000. Ten tijde van het opstellen van dit rapport is door concessiehouder vastgesteld dat hiervan € 17.800.000 correct blijkt te zijn;
- overige onzekerheden vanwege uitvoeren AO/IC 2014 voor een bedrag van € 3.194.000.

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 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 onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ geconstateerd voor een bedrag van € 734.000 voor boekjaar 2013 en een bedrag van € 169.000 voor boekjaar 2012, gezamenlijk een bedrag van € 903.000. De concessiehouder moest deze bedragen corrigeren.

De NZa concludeert dat de concessiehouder onrechtmatige schaden heeft gecorrigeerd voor een bedrag van € 403.000. Naar het resterende bedrag is door concessiehouder nader onderzoek gedaan. Dit onderzoek heeft geleid tot een reducering van de fout in de verantwoording van € 500.000 naar € 100.000.

De concessiehouder heeft het resterende bedrag van € 100.000 gecorrigeerd in de financiële verantwoording 2014.

De NZa heeft ook geconstateerd dat de financiële verantwoording van de concessiehouder over 2013 onzekerheden over de rechtmatigheid bevatte vanwege onderzoeken materiële controle voor een bedrag van € 5.419.000. De onzekerheid bestond uit de volgende twee onderdelen:

- een bedrag van € 838.000 vanwege faillissementen;
- een bedrag van € 4.581.000 uit lopende onderzoeken.

De concessiehouder moest deze onzekerheden nader onderzoeken.

Bij het onderzoek 2014 is over deze twee posten het volgende geconstateerd:

- De faillissementen zijn deels afgewikkeld. Nacalculaties zijn inmiddels vastgesteld voor een bedrag van € 543.000. Voor twee zorgaanbieders is de nacalculatie nog niet vastgesteld (€ 295.000). Daarmee bestaat nog onzekerheid over de rechtmatigheid van de schadelast;
- De onderzoeken zijn afgewikkeld. Hieruit is een correctie van € 443.000 gekomen. Deze correctie is voor een bedrag van € 65.000 verwerkt in de verantwoording 2014. Het overige (€ 378.000) zal worden verwerkt in de verantwoording 2015.

Het onderzoek over 2013 is hiermee nog niet geheel 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 de meeste onderwerpen volledig. Niet alle aspecten hebben voldoende diepgang. Dit betreft de volgende aspecten:

- het verstrekken van informatie (taak 1): de verstrekte informatie over bijbetalingen voor niet tot het verzekerde pakket behorende verstrekkingen is summier en niet aangegeven is in welke opzichten zijn informatietaak ten opzichte van het voorgaande verslagjaar belangrijk is veranderd.
- het bewaken van tijdige zorgverlening (taak 2): de knelpunten en de doorontwikkeling van de wachtlijstregistratie samen met het Zorginstituut Nederland en de andere concessiehouders zijn niet genoemd. De concessiehouder heeft aangegeven dat er geen knelpunten waren over 2014 en dat het zich daarom hier niet over verantwoord heeft.
- het zijn van aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden, zorgaanbieders en gemeenten in de zorgregio (taak 3): er is geen toelichting gegeven op de uitkomsten van de outcome-indicator (telefonische) bereikbaarheid.
- er ontbreekt een toelichting op de uitkomsten van de outcome indicator tijdige afhandeling PGB en cliëntenraadpleging ITS.
- Het inkopen van zorg (taak 6) en het stimuleren van innovatie en kwaliteit zorgverlening (taak 8): geen informatie is verstrekt over de afwijkingen waarop zijn inkoopbeleid 2015 afwijkt van 2014. Ook is geen informatie verstrekt over de voorbereidingen overheveling Wmo en de Zvw.

De concessiehouder heeft aangegeven met de gemaakte opmerkingen rekening te houden bij het opstellen bij de verantwoording over 2015.

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 op alle aspecten voldoende diepgang.

5.6 Financiële verantwoording

De financiële verantwoording is volledig en is opgesteld volgens het model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2014. Wel merkt de NZa op dat in de financiële verantwoording geen separate bestuursverklaring opgenomen is. De bestuursverklaringen zijn voor de bestuurlijke verantwoording en de financiële verantwoording samengevoegd.

De concessiehouder moet de financiële verantwoording opstellen volgens de eisen van het Model Uitvoeringsverslag en financieel verslag 2015 Wlz-uitvoerders.

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.