

**Rapport**

# **Uitvoering AWBZ 2014**

Concessiehouder

VGZ Zorgkantoor B.V.

November 2015



## Inhoud

<b>1. Samenvatting</b>	<b>5</b>
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 Voldoende processen 2014	8
1.3.3 Overige verbeterpunten	9
1.4 Opvolging verbeterpunten	10
1.4.1 Opvolging verbeterpunten 2013	10
1.4.2 Opvolging verbeterpunten 2012	10
1.5 Oordeel NZa over de rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014	11
1.5.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2014	11
1.5.2 Opvolging onderzoek 2013 Wettelijke reserve en beheerskosten	12
1.5.3 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ 2014	12
1.5.4 Opvolging onderzoek 2013 bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ	12
1.6 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014	13
1.7 Tijdigheid verantwoordingsinformatie 2014	13
<b>2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2014</b>	<b>15</b>
2.1 Inleiding	15
2.2 Prestatie-indicator 1: Zorg in natura	16
2.2.1 Prestatiemeting Zorg in natura	16
2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura	22
2.3 Prestatie-indicator 2: Persoonsgebonden budget	25
2.3.1 Prestatiemeting Persoonsgebonden budget	25
2.4 Prestatie-indicator 3: Klachtenbehandeling	30
2.4.1 Prestatiemeting Klachtenbehandeling	30
2.4.2 Verdiepende vragen onderzoek Klachtenbehandeling	33
2.5 Prestatie-indicator 4: Contracteerproces	34
2.5.1 Prestatiemeting Contracteerproces	34
2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces	37
2.6 Prestatie-indicator 5: Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	39
2.6.1 Prestatiemeting Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	39
2.6.2 Verdiepende vragen onderzoek Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	41
2.7 Prestatie-indicator 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening	42
2.7.1 Prestatiemeting Innovatie en kwaliteit zorgverlening	42
2.7.2 Verdiepende vragen onderzoek Innovatie en kwaliteit zorgverlening	44
2.8 Prestatie-indicator 7: Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	45
2.8.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	45
2.8.2 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	49
2.9 Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB	51
2.9.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor PGB	51
2.9.2 Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB	56

2.9.3	Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerniveau voor PGB	57
2.10	Prestatie-indicator 9: Monitoring continuïteit zorgverlening	58
2.10.1	Prestatiemeting Monitoring continuïteit zorgverlening	58
2.10.2	Verdiepende vragen onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening	60
2.11	Prestatie-indicator 10: Materiële controle	63
2.11.1	Prestatiemeting Materiële controle	63
2.11.2	Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Materiële controle	67
2.11.3	Lopend onderzoek zorginstelling	68
2.12	Prestatie-indicator 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	69
2.12.1	Prestatiemeting Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	69
2.12.2	Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	73
2.13	Prestatie-indicator 12: Administratieve organisatie en interne beheersing	74
2.13.1	Prestatiemeting Administratieve organisatie en interne beheersing	74
2.13.2	Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Administratieve organisatie en interne beheersing	77
<b>3.</b>	<b>Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken</b>	<b>79</b>
3.1	Opvolging verbeterpunten 2013	79
3.2	Opvolging verbeterpunten 2012	83
<b>4.</b>	<b>Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014</b>	<b>85</b>
4.1	Inleiding	85
4.2	Wettelijke reserve en beheerskosten 2014	85
4.2.1	Inleiding	85
4.2.2	Bevindingen	85
4.2.3	Oordeel NZa	87
4.2.4	Onrechtmatigheden in de verantwoording 2014	87
4.2.5	Opvolging onderzoek 2013	87
4.3	Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ 2014	88
4.3.1	Inleiding	88
4.3.2	Bevindingen	88
4.3.3	Oordeel NZa	90
4.3.4	Onrechtmatigheden in de verantwoording 2014	90
4.3.5	Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2014	90
4.3.6	Opvolging onderzoek 2013	90
<b>5.</b>	<b>Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014</b>	<b>93</b>
5.1	Inleiding	93
5.2	Tijdigheid	93
5.3	Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken	93
5.4	Uitvoeringsverslag	93
5.5	Bestuurlijke verantwoording	93
5.6	Financiële verantwoording	94
5.7	Accountantsproducten	94

# 1. Samenvatting

## 1.1 Inleiding

Op grond van artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) belast met het 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 VGZ Zorgkantoor B.V. voerde de AWBZ in 2014 uit voor de volgende zorgregio's:

- Zorgkantoor Nijmegen;
- Zorgkantoor Midden-Brabant;
- Zorgkantoor Noordoost-Brabant;
- Zorgkantoor Noord- en Midden-Limburg.

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 van de Wmg, per 1 januari 2015 belast met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz-uitvoerders. 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 van de 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 VGZ Zorgkantoor B.V. 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 bedenkingen tegen de openbaarmaking van het Rapport Uitvoering 2014 en van de uitkomsten van het onderzoek in het Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2014.

## 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 (Prestatie-indicator 10);
- Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik (Prestatie-indicator 11).

De volgende tien prestatie-indicatoren zijn gedeeltelijk onderzocht:

- Zorg in natura (Prestatie-indicator 1);
- Persoonsgebonden budget (Prestatie-indicator 2);
- Klachtenbehandeling (Prestatie-indicator 3);
- Contracteerproces (Prestatie-indicator 4);
- Doelmatige zorgverlening binnen de contracteerruimte (Prestatie-indicator 5);
- Innovatie en kwaliteit zorgverlening (Prestatie-indicator 6);
- Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura (Prestatie-indicator 7);
- Administratie op verzekerdenniveau voor persoonsgebonden budget (Prestatie-indicator 8);
- Monitoring continuïteit zorgverlening (Prestatie-indicator 9);
- Administratie organisatie en interne beheersing (Prestatie-indicator 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 persoonsgebonden budget (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 de 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 <sup>1</sup>	Maximale score 2014	Score 2014
<b>Prestatieveld 1: Service aan cliënten</b>				
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	6,7
3. Klachtenbehandeling	Zie paragraaf 2.4.1	n.v.t.	6,25	5,5
<b>Prestatieveld 2: Zorginkoop en contractering</b>				
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
<b>Prestatieveld 3: Moderne administratieve organisatie</b>				
7. Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	Zie paragraaf 2.8.1	n.v.t.	7,5	7,25
8. Administratie op verzekerdenniveau voor persoonsgebonden budget	Zie paragraaf 2.9.1	n.v.t.	7	5,5
9. Monitoring continuïteit zorgverlening	Zie paragraaf 2.10.1	n.v.t.	2,75	2,75
10. Materiële controle	Zie paragraaf 2.11.1	V	10	6,5
11. Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik	Zie paragraaf 2.12.1	V	10	6,4
12. Administratieve organisatie en interne beheersing	Zie paragraaf 2.13.1	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
<b>Totaal</b>			<b>62,25</b>	<b>51,35</b>

Bron: NZa

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

### 1.3.2 Voldoende processen 2014

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

<sup>1</sup> G = goed, V = voldoende, O = onvoldoende.



**Tabel 2. Verbeterpunten 2014 voldoende processen**

Verbeterpunten 2014	
1.	<p><i>Materiële controle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het nemen van (aantoonbare) maatregelen (hard- en soft-controls) die de functiescheiding borgen.</li> <li>– Het vastleggen dat de manager Materiële Controle eindverantwoordelijk is voor het instellen van vervolgmaatregelen.</li> <li>– Het vastleggen dat de afdeling zorginkoop uitsluitend adviserend is ten aanzien van het besluitvorming over vervolgmaatregelen.</li> <li>– Het zorgen voor voldoende bewustzijn over (het belang van) functiescheiding bij de medewerkers.</li> <li>– Het aantoonbaar vastleggen op basis waarvan gekozen is voor de te hanteren percentages en aantallen (bijvoorbeeld minimaal en maximaal aantal te beoordelen dossiers).</li> <li>– Het (aantoonbaar) vastleggen van de processtap 'bepalen specifiek controledoel'.</li> <li>– Het tijdig opstellen en openbaar maken van het plan van aanpak.</li> <li>– Het aantoonbaar vastleggen wanneer terugvordering en/of vervolgstappen noodzakelijk zijn.</li> <li>– Het aantoonbaar vastleggen waarom in de risicoanalyses gekozen is voor de gehanteerde criteria.</li> <li>– Het aantoonbaar vastleggen waarom de in de risicoanalyses gekozen percentages en aantallen adequaat zijn.</li> <li>– Het na constatering van de onregelmatigheden (aantoonbaar) onderbouwen van de motivering die aan de te nemen vervolgacties ten grondslag ligt.</li> <li>– Het verder professionaliseren van de samenwerking tussen het zorgkantoor en de afdeling Speciale Zaken zodat alle van belang zijnde signalen of vermoedens van fraude en risico's ten behoeve van de fraude risico matrix onderling uitgewisseld worden.</li> </ul>
2.	<p><i>Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het verder inhoudelijk verbeteren en professionaliseren van de structurele samenwerking tussen het zorgkantoor en de afdeling Speciale Zaken zodat alle van belang zijnde signalen of vermoedens van fraude en risico's ten behoeve van de fraude risico matrix onderling uitgewisseld worden.</li> <li>– Het zorgdragen voor een eenduidige afstemming tussen het plan van aanpak van het zorgkantoor, de afzonderlijke risicoanalyses van het zorgkantoor en het plan van aanpak en de fraude risico matrix van de afdeling Speciale Zaken.</li> <li>– Het vertalen van risico's naar onderzoek en een planning voor de onderzoeken.</li> <li>– Het aantoonbaar inzetten van instrumenten voor bestands- en systeemvergelijkingen.</li> <li>– Het onderzoeken van bevindingen op het terrein van zorg in natura.</li> <li>– Het realiseren van de geautomatiseerde koppeling tussen de database van het zorgkantoor en de database van de afdeling Speciale Zaken.</li> <li>– Het aantoonbaar sturen door het management van de concessiehouder op de voortgang, de uitkomsten en vervolgacties betreffende de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik via periodiek overleg of managementinformatie.</li> </ul>

Bron: NZa

De concessiehouder moet de verbeterpunten 2014 realiseren en zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2015.

### 1.3.3 Overige verbeterpunten

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

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

## 1.4 Opvolging verbeterpunten

### 1.4.1 Opvolging verbeterpunten 2013

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

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

**Tabel 3. Opvolging verbeterpunten 2013**

Verbeterpunten 2013 die niet (geheel) gerealiseerd zijn	
1.	<i>Contracteerproces:</i> Het in het contracteerbeleid benoemen van de vormen van onderaanneming, die de concessiehouder als zodanig onderscheidt.
2.	<i>Administratie op verzekerdenniveau voor PGB:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het zichtbaar vastleggen van de audit trail van de uitgevoerde werkzaamheden door alle medewerkers over alle punten die bij de aanvraag van een PGB worden vastgelegd. Daarnaast verdient het de aanbeveling de terugkoppeling over deze punten door de tweede beoordelaar (vier-ogen principe) toetsbaar vast te leggen.</li> <li>– Het opstellen van een risicoanalyse en intern controleplan die zijn gericht op het selecteren van verantwoordingsformulieren met onjuiste en onrechtmatige uitgaven. Ook moet de concessiehouder in het controleplan aandacht besteden aan de bestandsanalyses en de onderbouwing voor de aard, omvang en diepgang van de controles.</li> <li>– Het zichtbaar vastleggen van de handmatige controles van de globale controle.</li> <li>– Het zichtbaar vastleggen van de uitkomsten van de automatische controle en welke declaraties hiervan later zijn teruggeroepen, zodat inzicht verkregen kan worden in de effectiviteit en efficiency van de geautomatiseerde controles (per item).</li> </ul>
3.	<i>Materiële controle:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het tijdig opstellen en openbaar maken van het controleplan.</li> <li>– Het aantoonbaarder vastleggen van enkele stappen (zie Rapport Uitvoering AWBZ 2013 VGZ Zorgkantoor B.V.) in het proces materiële controle en welke afwegingen hierbij in welke fase van het proces gemaakt moeten worden.</li> </ul>
4.	<i>Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het onderzoeken van bevindingen op het terrein van zorg in natura.</li> <li>– Het aantoonbaar inzetten van instrumenten voor bestands- en systeemvergelijkingen.</li> </ul>
5.	<i>Administratieve organisatie en interne beheersing:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het actueel houden van de procesbeschrijvingen.</li> <li>– Het voor aanvang van het controlejaar opstellen en vaststellen van een overall controleplan.</li> </ul>

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. VGZ Zorgkantoor B.V. heeft aan deze informatieverplichting voldaan.

VGZ Zorgkantoor B.V. heeft het volgende cruciale verbeterpunt niet (geheel) gerealiseerd:

**Tabel 4. Opvolging verbeterpunten 2012**

Cruciale verbeterpunten 2012 die niet (geheel) gerealiseerd zijn	
1.	<i>Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik:</i> Het onderzoeken van bevindingen op het terrein van zorg in natura.

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 in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten over 2014 van € 19.622.000 rechtmatig zijn, met uitzondering van de hierna opgenomen onrechtmatigheden over de rechtmatigheid.

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2014 onrechtmatigheden zijn geconstateerd voor een bedrag van € 1.289.000. 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.

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 in de financiële verantwoording 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 2014, per 31 december 2014 bedraagt, na correctie van het budget beheerskosten 2014, maximaal € 4.494.000. 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 onrechtmatigheden voor een bedrag van € 219.000 heeft gecorrigeerd in de financiële verantwoording 2014. Hiermee is het onderzoek over 2013 afgedaan.

### **1.5.3 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ 2014**

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies<sup>2</sup> voor een bedrag van € 3.240.932.000 en de schaden AWBZ exclusief subsidies voor een bedrag van € 3.218.900.000 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 € 1.272.000 aan onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ is geconstateerd. Deze onrechtmatigheden hebben voor een bedrag van € 835.000 betrekking op uitgevoerde materiële controles. Een bedrag van € 437.000 heeft betrekking op uitgevoerde controles PGB. De NZa merkt op dat in 2014 de NZa geen rol heeft in de vaststelling van de rechtmatigheid van de subsidies PGB.

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

De NZa concludeert dat het opgenomen budget beheerskosten 2014 niet overeenkomt met de opgave van Zorginstituut Nederland. De concessiehouder moet dit corrigeren in de financiële verantwoording 2015.

Verder heeft de NZa geconcludeerd dat er onzekerheid over de rechtmatigheid bestaat voor een totaalbedrag van € 2.875.000. 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 bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ**

De NZa concludeert op basis van de bevindingen in Hoofdstuk 4. 'Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014' dat het onderzoek naar de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven over het jaar 2013 voor een totaalbedrag van € 255.000 aan onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ nog niet volledig is afgedaan. De concessiehouder heeft een bedrag van € 230.000 gecorrigeerd. De concessiehouder moet het resterende bedrag van € 25.000 corrigeren in de financiële verantwoording 2015 en zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2015.

---

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

## **1.6 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014**

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

## **1.7 Tijdigheid verantwoordingsinformatie 2014**

De verantwoordingsdocumenten 2014 zijn tijdig ontvangen.



## 2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2014

### 2.1 Inleiding

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

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

In de betreffende paragrafen over de uitkomsten van de prestatiemetingen vermeldt de NZa, indien van toepassing, 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
<b>D.</b>	<b>Ervoor zorgen dat AWBZ-verzekerden hun aanspraken kunnen realiseren overeenkomstig aard, inhoud en omvang zoals in het indicatiebesluit is vastgesteld</b>		
D.1	<p><b>Norm:</b></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"> <li>– soort zorg: intramurale zorg respectievelijk extramurale zorg;</li> <li>– sector: Verpleging en Verzorging, Gehandicaptenzorg, Geestelijke Gezondheidszorg.</li> </ul> <p>De sectorindeling: is gebaseerd op de eerste grondslag van de indicatie.</p>	n.v.t.	n.v.t.



Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																																																																																				
	<p><b>Bevinding:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 280 683 414">Outcome Indicatoren Wachtlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden</th> <th data-bbox="683 280 874 414">Gemiddelde bij zorgkantoor: Nijmegen</th> <th data-bbox="874 280 1043 414">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachtlijst V&amp;V Intramuraal</td><td>1,2%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ Intramuraal</td><td>0,6%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ intramuraal</td><td>1,7%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst V&amp;V extramuraal</td><td>2,9%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ extramuraal</td><td>1,7%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ extramuraal</td><td>1,8%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 645 683 779">Outcome Indicatoren Wachtlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden</th> <th data-bbox="683 645 874 779">Gemiddelde bij zorgkantoor: Midden- Brabant</th> <th data-bbox="874 645 1043 779">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachtlijst V&amp;V Intramuraal</td><td>1,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ Intramuraal</td><td>1,2%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ intramuraal</td><td>1,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst V&amp;V extramuraal</td><td>0,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ extramuraal</td><td>1,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ extramuraal</td><td>0,6%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 1010 683 1144">Outcome Indicatoren Wachtlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden</th> <th data-bbox="683 1010 874 1144">Gemiddelde bij zorgkantoor: Noordoost- Brabant</th> <th data-bbox="874 1010 1043 1144">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachtlijst V&amp;V Intramuraal</td><td>1,2%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ Intramuraal</td><td>0,5%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ intramuraal</td><td>0,8%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst V&amp;V extramuraal</td><td>2,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ extramuraal</td><td>1,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ extramuraal</td><td>1,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 1375 683 1509">Outcome Indicatoren Wachtlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden</th> <th data-bbox="683 1375 874 1509">Gemiddelde bij zorgkantoor: Noord- en Midden- Limburg</th> <th data-bbox="874 1375 1043 1509">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachtlijst V&amp;V Intramuraal</td><td>1,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ Intramuraal</td><td>0,4%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ intramuraal</td><td>0,7%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst V&amp;V extramuraal</td><td>2,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GHZ extramuraal</td><td>0,8%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachtlijst GGZ extramuraal</td><td>0,5%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table>	Outcome Indicatoren Wachtlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde bij zorgkantoor: Nijmegen	Score	Wachtlijst V&V Intramuraal	1,2%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,6%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ intramuraal	1,7%	n.v.t.	Wachtlijst V&V extramuraal	2,9%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ extramuraal	1,7%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ extramuraal	1,8%	n.v.t.	Outcome Indicatoren Wachtlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde bij zorgkantoor: Midden- Brabant	Score	Wachtlijst V&V Intramuraal	1,1%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ Intramuraal	1,2%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ intramuraal	1,0%	n.v.t.	Wachtlijst V&V extramuraal	0,1%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ extramuraal	1,1%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ extramuraal	0,6%	n.v.t.	Outcome Indicatoren Wachtlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde bij zorgkantoor: Noordoost- Brabant	Score	Wachtlijst V&V Intramuraal	1,2%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,5%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ intramuraal	0,8%	n.v.t.	Wachtlijst V&V extramuraal	2,0%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ extramuraal	1,1%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ extramuraal	1,1%	n.v.t.	Outcome Indicatoren Wachtlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde bij zorgkantoor: Noord- en Midden- Limburg	Score	Wachtlijst V&V Intramuraal	1,0%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,4%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ intramuraal	0,7%	n.v.t.	Wachtlijst V&V extramuraal	2,1%	n.v.t.	Wachtlijst GHZ extramuraal	0,8%	n.v.t.	Wachtlijst GGZ extramuraal	0,5%	n.v.t.		
Outcome Indicatoren Wachtlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde bij zorgkantoor: Nijmegen	Score																																																																																					
Wachtlijst V&V Intramuraal	1,2%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,6%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ intramuraal	1,7%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst V&V extramuraal	2,9%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ extramuraal	1,7%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ extramuraal	1,8%	n.v.t.																																																																																					
Outcome Indicatoren Wachtlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde bij zorgkantoor: Midden- Brabant	Score																																																																																					
Wachtlijst V&V Intramuraal	1,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ Intramuraal	1,2%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ intramuraal	1,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst V&V extramuraal	0,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ extramuraal	1,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ extramuraal	0,6%	n.v.t.																																																																																					
Outcome Indicatoren Wachtlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde bij zorgkantoor: Noordoost- Brabant	Score																																																																																					
Wachtlijst V&V Intramuraal	1,2%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,5%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ intramuraal	0,8%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst V&V extramuraal	2,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ extramuraal	1,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ extramuraal	1,1%	n.v.t.																																																																																					
Outcome Indicatoren Wachtlijsten actief en urgent wachtend gemiddelde van 12 maanden	Gemiddelde bij zorgkantoor: Noord- en Midden- Limburg	Score																																																																																					
Wachtlijst V&V Intramuraal	1,0%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ Intramuraal	0,4%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ intramuraal	0,7%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst V&V extramuraal	2,1%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GHZ extramuraal	0,8%	n.v.t.																																																																																					
Wachtlijst GGZ extramuraal	0,5%	n.v.t.																																																																																					

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<p><b>Toelichting:</b> De NZa concludeert dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol;</li> <li>- de definities niet uniform gehanteerd worden;</li> <li>- de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden;</li> <li>- de uitkomsten niet altijd plausibel zijn;</li> <li>- de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig.</li> </ul> <p>Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p>		
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het splitsen van de gegevens tussen actief- en urgent wachtenden.</p>		
D.2	<p><b>Norm:</b> 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"> <li>- sector Verpleging en Verzorging;</li> <li>- sector Gehandicaptenzorg;</li> <li>- sector Geestelijke Gezondheidszorg.</li> </ul> <p>De sectorindeling: is gebaseerd op de eerste grondslag van de indicatie.</p>	n.v.t.	n.v.t.

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																																																																
	<p><b>Bevinding:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 277 663 416">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="663 277 815 416">Gemiddeld bij zorgkantoor: Nijmegen</th> <th data-bbox="815 277 967 416">Landelijk gemiddeld</th> <th data-bbox="967 277 1062 416">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 416 663 483">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&amp;V</td> <td data-bbox="663 416 815 483">98,2%</td> <td data-bbox="815 416 967 483">96,8%</td> <td data-bbox="967 416 1062 483">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 483 663 551">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="663 483 815 551">99,7%</td> <td data-bbox="815 483 967 551">96,9%</td> <td data-bbox="967 483 1062 551">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 551 663 618">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="663 551 815 618">100%</td> <td data-bbox="815 551 967 618">97,6%</td> <td data-bbox="967 551 1062 618">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 640 663 779">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="663 640 815 779">Gemiddeld bij zorgkantoor: Midden-Brabant</th> <th data-bbox="815 640 967 779">Landelijk gemiddelde</th> <th data-bbox="967 640 1062 779">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 779 663 846">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&amp;V</td> <td data-bbox="663 779 815 846">96,1%</td> <td data-bbox="815 779 967 846">96,8%</td> <td data-bbox="967 779 1062 846">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 846 663 913">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="663 846 815 913">98,1%</td> <td data-bbox="815 846 967 913">96,9%</td> <td data-bbox="967 846 1062 913">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 913 663 981">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="663 913 815 981">99,8%</td> <td data-bbox="815 913 967 981">97,6%</td> <td data-bbox="967 913 1062 981">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 1003 663 1142">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="663 1003 815 1142">Gemiddeld bij zorgkantoor: Noordoost-Brabant</th> <th data-bbox="815 1003 967 1142">Landelijk gemiddeld</th> <th data-bbox="967 1003 1062 1142">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1142 663 1209">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&amp;V</td> <td data-bbox="663 1142 815 1209">97,7%</td> <td data-bbox="815 1142 967 1209">96,8%</td> <td data-bbox="967 1142 1062 1209">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1209 663 1276">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="663 1209 815 1276">99,0%</td> <td data-bbox="815 1209 967 1276">96,9%</td> <td data-bbox="967 1209 1062 1276">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1276 663 1344">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="663 1276 815 1344">100%</td> <td data-bbox="815 1276 967 1344">97,6%</td> <td data-bbox="967 1276 1062 1344">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 1366 663 1505">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="663 1366 815 1505">Gemiddeld bij zorgkantoor: Noord- en Midden-Limburg</th> <th data-bbox="815 1366 967 1505">Landelijk gemiddelde</th> <th data-bbox="967 1366 1062 1505">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1505 663 1572">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&amp;V</td> <td data-bbox="663 1505 815 1572">97,7%</td> <td data-bbox="815 1505 967 1572">96,8%</td> <td data-bbox="967 1505 1062 1572">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1572 663 1639">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="663 1572 815 1639">99,8%</td> <td data-bbox="815 1572 967 1639">96,9%</td> <td data-bbox="967 1572 1062 1639">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1639 663 1706">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="663 1639 815 1706">100%</td> <td data-bbox="815 1639 967 1706">97,6%</td> <td data-bbox="967 1639 1062 1706">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Toelichting:</b>  De NZa concludeert dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol;</li> <li>- de definities niet uniform gehanteerd worden;</li> <li>- de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden;</li> <li>- de uitkomsten niet altijd plausibel zijn;</li> <li>- de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig.</li> </ul> <p>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 zorgkantoor: Nijmegen	Landelijk gemiddeld	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,2%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	99,7%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	100%	97,6%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld bij zorgkantoor: Midden-Brabant	Landelijk gemiddelde	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	96,1%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	98,1%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	99,8%	97,6%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld bij zorgkantoor: Noordoost-Brabant	Landelijk gemiddeld	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	97,7%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	99,0%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	100%	97,6%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld bij zorgkantoor: Noord- en Midden-Limburg	Landelijk gemiddelde	Score	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	97,7%	96,8%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	99,8%	96,9%	n.v.t.	Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	100%	97,6%	n.v.t.		
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld bij zorgkantoor: Nijmegen	Landelijk gemiddeld	Score																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	98,2%	96,8%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	99,7%	96,9%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	100%	97,6%	n.v.t.																																																																
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld bij zorgkantoor: Midden-Brabant	Landelijk gemiddelde	Score																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	96,1%	96,8%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	98,1%	96,9%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	99,8%	97,6%	n.v.t.																																																																
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld bij zorgkantoor: Noordoost-Brabant	Landelijk gemiddeld	Score																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	97,7%	96,8%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	99,0%	96,9%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	100%	97,6%	n.v.t.																																																																
Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)	Gemiddeld bij zorgkantoor: Noord- en Midden-Limburg	Landelijk gemiddelde	Score																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V	97,7%	96,8%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ	99,8%	96,9%	n.v.t.																																																																
Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ	100%	97,6%	n.v.t.																																																																

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
D.3. a	<p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft in de overeenkomsten 2015 met zorgaanbieders geregeld dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– er permanent voldoende AWBZ-spoedzorg binnen 24 uur beschikbaar is;</li> <li>– de betreffende zorgaanbieders acute zorgverlening niet kunnen weigeren.</li> </ul> <p>b. De concessiehouder beschikt voor alle regio's over een regionaal protocol voor spoedzorg. In dit protocol:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– is geregeld dat thuiswonende mensen in noodgevallen 24 uur per dag een hulpverlener kunnen bereiken;</li> <li>– worden de betreffende zorgaanbieders en de beschikbare capaciteit voor spoedzorg benoemd;</li> <li>– is opgenomen hoe de poortwachters (huisartsen, MEE) zich op de hoogte kunnen stellen van de vrije capaciteit voor spoedzorg.</li> </ul>	2	2
	<p><b>Bevinding:</b></p> <p>De concessiehouder heeft in de overeenkomst de spoedzorg geregeld en heeft voor alle regio's een protocol voor crisiszorg. Thuiswonenden kunnen 24 uur per dag een crisisnummer bereiken. In de protocollen wordt niet per zorgaanbieder de crisiscapaciteit benoemd, maar dat is bewust. Een poortwachter weet niet altijd de actuele capaciteit maar dit is in principe ook niet noodzakelijk, omdat de verantwoordelijkheid bij de voorkeursaanbieder wordt neergelegd.</p>		
D.3 b	<p><b>Norm (inventarisatie outcome-indicator):</b></p> <p>a. Een voldoende percentage van de spoedopnamen V&amp;V dat binnen 24 uur gerealiseerd is van het totaal aantal spoedopnamen dat voor de V&amp;V gemeld is.</p> <p>b. Een voldoende percentage van de spoedopnamen GHZ dat binnen 48 uur gerealiseerd is van het totaal aantal spoedopnamen dat voor de GHZ gemeld is.</p> <p>Spoedopname: volgens de algemene definitie van het Handboek Spoedzorg van ZN. De spoedopname waarvoor de concessiehouder verantwoordelijk is kan zowel binnen als buiten de eigen zorgkantorregio plaatsvinden.</p> <p>Realisatie van spoedopname: het tijdstip waarop de spoedplek daadwerkelijk beschikbaar is voor spoedopname van de cliënt. NB. Het moment waarop de spoedplek wordt gevonden en vastgelegd is niet leidend. Het gaat om het tijdstip, waarop de spoedplek volgens de vastlegging beschikbaar komt bij de spoedzorgbemiddelaar. Ook kan het tijdstip van daadwerkelijke spoedopname, op verzoek van cliënt, afwijken van het moment van realisatie. Deze eventuele vertraging is niet van invloed op de beoordeling of spoedopname binnen 24, respectievelijk 48 uur is gerealiseerd.</p> <p>Als spoedzorgbemiddelaar kunnen optreden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– het zorgkantoor;</li> <li>– de poortwachters: huisarts, MEE;</li> <li>– door het zorgkantoor aangewezen crisisregisseurs;</li> <li>– door het zorgkantoor aangewezen zorgaanbieders.</li> </ul>	n.v.t.	n.v.t.

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																																																
	<p><b>Bevinding:</b></p> <table border="1" data-bbox="373 277 1062 568"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 277 644 465">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014</th> <th data-bbox="644 277 815 465">Gemiddeld bij Zorgkantoor: Nijmegen</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="373 465 644 533">Tijdige realisatie spoedopnamen V&amp;V</td> <td data-bbox="644 465 815 533">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="373 533 644 568">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="644 533 815 568">100%</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="373 591 644 779">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddeld van derde en vierde kwartaal in 2014</th> <th data-bbox="644 591 815 779">Gemiddeld bij zorgkantoor: Midden-Brabant</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="373 779 644 846">Tijdige realisatie spoedopnamen V&amp;V</td> <td data-bbox="644 779 815 846">95,5%</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="373 846 644 882">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="644 846 815 882">96,0%</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="373 904 644 1093">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van derde en vierde kwartaal in 2014</th> <th data-bbox="644 904 815 1093">Gemiddeld bij zorgkantoor: Noordoost-Brabant</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 644 1160">Tijdige realisatie spoedopnamen V&amp;V</td> <td data-bbox="644 1093 815 1160">95,7%</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 644 1196">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="644 1160 815 1196">94,5%</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> <table border="1" data-bbox="373 1218 1062 1487"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 1218 644 1384">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddeld van derde en vierde kwartaal</th> <th data-bbox="644 1218 815 1384">Gemiddeld bij zorgkantoor: Noord- en Midden-Limburg</th> <th data-bbox="815 1218 970 1384">Landelijk gemiddeld</th> <th data-bbox="970 1218 1062 1384">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1384 644 1451">Tijdige realisatie spoedopnamen V&amp;V</td> <td data-bbox="644 1384 815 1451">75,0%</td> <td data-bbox="815 1384 970 1451">90,1%</td> <td data-bbox="970 1384 1062 1451">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1451 644 1487">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="644 1451 815 1487">93,5%</td> <td data-bbox="815 1451 970 1487">89,0%</td> <td data-bbox="970 1451 1062 1487">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="373 1509 1062 1859"> <b>Toelichting:</b>                      De NZa concludeert dat:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol;</li> <li>- de definities niet uniform gehanteerd worden;</li> <li>- de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden;</li> <li>- de uitkomsten niet altijd plausibel zijn;</li> <li>- de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig.</li> </ul>                     Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.                 </p>	Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld bij Zorgkantoor: Nijmegen	Landelijk gemiddeld	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	97,5%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	100%	89,0%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddeld van derde en vierde kwartaal in 2014	Gemiddeld bij zorgkantoor: Midden-Brabant	Landelijk gemiddeld	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	95,5%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	96,0%	89,0%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van derde en vierde kwartaal in 2014	Gemiddeld bij zorgkantoor: Noordoost-Brabant	Landelijk gemiddeld	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	95,7%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	94,5%	89,0%	n.v.t.	Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddeld van derde en vierde kwartaal	Gemiddeld bij zorgkantoor: Noord- en Midden-Limburg	Landelijk gemiddeld	Score	Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	75,0%	90,1%	n.v.t.	Tijdige realisatie GHZ	93,5%	89,0%	n.v.t.		
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van kwartaal 3 en 4 in 2014	Gemiddeld bij Zorgkantoor: Nijmegen	Landelijk gemiddeld	Score																																																
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	97,5%	90,1%	n.v.t.																																																
Tijdige realisatie GHZ	100%	89,0%	n.v.t.																																																
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddeld van derde en vierde kwartaal in 2014	Gemiddeld bij zorgkantoor: Midden-Brabant	Landelijk gemiddeld	Score																																																
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	95,5%	90,1%	n.v.t.																																																
Tijdige realisatie GHZ	96,0%	89,0%	n.v.t.																																																
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddelde van derde en vierde kwartaal in 2014	Gemiddeld bij zorgkantoor: Noordoost-Brabant	Landelijk gemiddeld	Score																																																
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	95,7%	90,1%	n.v.t.																																																
Tijdige realisatie GHZ	94,5%	89,0%	n.v.t.																																																
Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend gemiddeld van derde en vierde kwartaal	Gemiddeld bij zorgkantoor: Noord- en Midden-Limburg	Landelijk gemiddeld	Score																																																
Tijdige realisatie spoedopnamen V&V	75,0%	90,1%	n.v.t.																																																
Tijdige realisatie GHZ	93,5%	89,0%	n.v.t.																																																
E.	<b>Aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden, zorgaanbieders en gemeenten in de zorgregio en zorg dragen voor de informatievoorziening die op de regionale situatie is afgestemd</b>																																																		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score												
E.1	<b>Norm:</b> De concessiehouder: <ul style="list-style-type: none"> <li>- overlegt met een representatieve vertegenwoordiging van cliënten (cliëntorganisaties / cliëntenraden) over kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en maakt hiervan verslag;</li> <li>- 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;</li> <li>- geeft aan waarom hij met wie heeft gesproken en verantwoordt zijn inspanningen en de uitkomsten hiervan in het uitvoeringsverslag.</li> </ul>	0,75	0,75												
E.2	<b>Norm:</b> a. Telefonische bereikbaarheid: een voldoende percentage opgenomen gesprekken als deel van het totaal aantal binnengekomen gesprekken.  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.	n.v.t.	n.v.t.												
<b>Bevinding:</b>  <table border="1" data-bbox="373 875 1062 1137"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 875 644 1039">Outcome Indicator Percentages telefonische bereikbaarheid en klanten zorgbemiddeling</th> <th data-bbox="644 875 815 1039">Gemiddeld concessie- houder<sup>3</sup></th> <th data-bbox="815 875 970 1039">Landelijk gemiddeld</th> <th data-bbox="970 875 1062 1039">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1039 644 1104">Telefonische bereikbaarheid</td> <td data-bbox="644 1039 815 1104">94,0%</td> <td data-bbox="815 1039 970 1104">91,2%</td> <td data-bbox="970 1039 1062 1104">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1104 644 1137">Service level</td> <td data-bbox="644 1104 815 1137">87,0%</td> <td data-bbox="815 1104 970 1137">75,0%</td> <td data-bbox="970 1104 1062 1137">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <b>Toelichting:</b> De NZa concludeert dat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol;</li> <li>- de definities niet uniform gehanteerd worden;</li> <li>- de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden;</li> <li>- de uitkomsten niet altijd plausibel zijn;</li> <li>- de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig.</li> </ul> Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.		Outcome Indicator Percentages telefonische bereikbaarheid en klanten zorgbemiddeling	Gemiddeld concessie- houder <sup>3</sup>	Landelijk gemiddeld	Score	Telefonische bereikbaarheid	94,0%	91,2%	n.v.t.	Service level	87,0%	75,0%	n.v.t.		
Outcome Indicator Percentages telefonische bereikbaarheid en klanten zorgbemiddeling	Gemiddeld concessie- houder <sup>3</sup>	Landelijk gemiddeld	Score												
Telefonische bereikbaarheid	94,0%	91,2%	n.v.t.												
Service level	87,0%	75,0%	n.v.t.												
<b>TOTAAL</b>		<b>Maximaal te behalen score: 2,75</b>	<b>2,75</b>												

Bron: NZa

De concessiehouder moet het vermelde verbeterpunt realiseren.

### 2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura

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

<sup>3</sup> In deze score zijn zowel de uitkomsten van Univé Zorgkantoor B.V., VGZ Zorgkantoor B.V. als Trias Zorgkantoor B.V. betrokken.

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 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*

De bijbetalingen komen als vast agendapunt ter sprake in het voorjaarsoverleg. De concessiehouder heeft in 2014 via een steekproef de websites van zorgaanbieders gecontroleerd. Deze steekproef is niet aangekondigd. De bevindingen hiervan zijn meegenomen in het voorjaarsoverleg.

De concessiehouder heeft in 2014 geen klachten ontvangen over bijbetalingen die nog in 2015 aandacht behoeven. Eventuele klachten, onduidelijkheden of signalen vanuit cliënten worden opgepakt door de betreffende inkoop, die contact opneemt met de zorgaanbieder.

Omdat het zorgkantoor het van groot belang vindt dat zorgaanbieders een transparant beleid voeren over het bijbetalingsbeleid, heeft het zorgkantoor begin 2015 een brief naar alle zorgaanbieders verstuurd. In deze brief is gevraagd om een verklaring af te leggen dat het beleid met betrekking tot aanvullende diensten:

- conform wet- en regelgeving is;
- op de site zichtbaar is;
- vrijwillig is;
- afgestemd is met de cliëntenraad.

Aan de hand van de ontvangen verklaringen is er nog een check uitgevoerd op de website van de zorgaanbieders om te kijken of de informatie daadwerkelijk op de website is geplaatst.

#### *Diversiteit zorgaanbod*

Het zorgkantoor voert geen specifiek beleid op het gebied van diversiteit. Diversiteit van zorgaanbod is een onderwerp dat besproken wordt met de cliëntenvertegenwoordigers zoals vertegenwoordigd in de Raad van Advies. Het zorgkantoor ontvangt ook signalen van cliëntvertegenwoordigers van doelgroepen waarbij aandacht wordt gevraagd voor specifieke wensen van allochtonen, religieuze doelgroepen en cliënten met een bepaalde seksuele geaardheid. Tijdens het inkoopproces bespreken zorginkopers van het zorgkantoor en zorgaanbieders deze knelpunten. Als daarmee wordt voorzien in een lacune, wordt een voorstel van de zorgaanbieder uitgevoerd. Enkele voorbeelden daarvan zijn kleinschalig wonen, zorg voor cliënten met een islamitische achtergrond en jong dementerenden met een andere zorgvraag dan oudere dementerenden.

In de Wlz kunnen cliënten er desgewenst voor kiezen zich bij hun keuze voor zorgaanbieder of bij de gesprekken met een zorginstelling over

bijvoorbeeld het zorgplan te laten bijstaan door een onafhankelijke cliëntondersteuner of door een medewerker van het zorgkantoor.

#### *Contractering onafhankelijke cliëntondersteuning*

Op de website van de concessiehouder is informatie over onafhankelijke cliëntondersteuning opgenomen. Verder is aangegeven hoe cliënten in contact kunnen komen met ondersteuners.

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

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

De gecontracteerde partijen leggen verantwoording af aan het zorgkantoor over de geleverde cliëntondersteuning en hanteren daarbij het landelijke format.

#### *Onafhankelijke zorgbemiddeling door zorgkantoor*

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

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

Cliënten ontvangen een welkomstbrief van het zorgkantoor. Het zorgkantoor bemiddelt cliënten die aangeven geen voorkeur te hebben voor een bepaalde zorgaanbieder rechtstreeks naar een zorgaanbieder. De concessiehouder monitort of cliënten tijdig binnen de treeknormen zorg ontvangen.

#### *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.

Het zorgkantoor heeft regelmatig contact met zorgaanbieders om te verifiëren of de wachtstatus van cliënten nog juist is.

Aandachtspunt blijven cliënten die zorg ontvangen in een instelling maar op basis van sociale context zouden willen verhuizen. Deze cliënten willen bijvoorbeeld dicht bij vrienden of familie wonen maar komen niet boven aan op de wachtlijst omdat zij al in zorg zijn.



## **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
<b>A.</b>	<b>Cliëntgerichte en cliëntvriendelijke informatieverstrekking aan budgethouders</b>		
A.1	<p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder verstrekt actuele informatie voor PGB geïnteresseerden over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het verschil tussen zorg in natura (ZIN) én PGB, hoe zorg in te kopen, de criteria waaraan een aanvrager bij voorkeur moet voldoen;</li> <li>- 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;</li> <li>- de consequenties voor de budgethouder bij eventuele fraude;</li> <li>- de veranderende wetgeving voor de langdurige zorg en het effect hiervan op de budgethouder;</li> <li>- de veranderingen in de uitvoering van het PGB en de (nieuwe) rol van het SVB.</li> </ul> <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	1,8
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het op de website en/of in de relevante folders wijzen op mogelijke consequenties bij eventuele fraude.</p>		
A.2 t/m A.5	<p><b>Norm:</b> De volgende werkzaamheden van concessiehouders worden door het ITS getoetst en door de NZa vertaald naar een score.</p> <p><b>A.2:</b> Adequate afwikkeling administratieve processen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschikking: score ITS kwaliteitsschaal</li> <li>- Overmaken budget: score ITS kernvraag</li> <li>- Verantwoording budgetbestedingen: score ITS kwaliteitsschaal</li> <li>- Terugvorderen niet besteed budget: score ITS kernvraag</li> </ul> <p><b>A.3:</b> Adequate informatievoorziening en bereikbaarheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatievoorziening PGB: score ITS kwaliteitsschaal</li> <li>- Bereikbaarheid Zorgkantoor: score ITS kwaliteitsschaal</li> </ul> <p><b>A.4:</b> Adequate kwaliteit medewerkers zorgkantoor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bejegening: score ITS kwaliteitsschaal</li> <li>- Deskundigheid medewerkers: score ITS kwaliteitsschaal</li> </ul> <p><b>A.5:</b> Goed oordeel cliënten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oordeel dienstverlening: ITS rapportcijfer</li> <li>- Oordeel uitvoering PGB: ITS rapportcijfer</li> </ul>	5	3,9

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score	
	<b>Bevinding:</b>			
		<b>Score Concessiehouder<sup>4</sup></b>	<b>Landelijk gemiddelde</b>	
			<b>Score (punten * % van de score)</b>	
	<b>A.2: Adequate afwikkeling administratieve processen:</b>			
	a. Beschikking: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)	86%	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)	84%	84%	0,2
	d. Terugvorderen niet besteed budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)	88%	87%	0,2
	<b>A.3: Adequate informatievoorziening en bereikbaarheid:</b>			
	e. Informatievoorziening PGB: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	71%	72%	0,4
	f. Bereikbaarheid Zorgkantoor: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	70%	73%	0,4
	<b>A.4: Adequate kwaliteit medewerkers zorgkantoor:</b>			
	g. Bejegening: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	80%	83%	0,4
	h. Deskundigheid medewerkers: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)	72%	74%	0,4
	<b>A.5: Goed oordeel cliënten:</b>			
	i. Oordeel dienstverlening: ITS rapportcijfer (1 punt)	74%	76%	0,7
	j. Oordeel uitvoering PGB: ITS rapportcijfer (1 punt)	75%	77%	0,8
	TOTAAL			3,9
	<p>Voor onderdeel A.2, de adequate afwikkeling van administratieve processen, scoort de concessiehouder boven gemiddeld. Voor de andere onderdelen scoort de concessiehouder net onder gemiddeld, waarbij vooral op A.3 de adequate informatievoorziening en bereikbaarheid vrij laag gescoord is.</p>			

<sup>4</sup> In deze score zijn zowel de uitkomsten van Univé Zorgkantoor B.V., VGZ Zorgkantoor B.V. als Trias Zorgkantoor B.V. betrokken.

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
A.6	<p><b>Norm:</b></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>B.</b>	<b>Faciliteren van budgethouders bij verzilveren recht op zorg: doorlooptijden</b>		
	<p><b>Norm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korte doorlooptijd in dagen tussen datum binnenkomst indicatie en het eerste contact met cliënt. En</li> <li>- Korte doorlooptijd in dagen tussen de datum waarop het dossier compleet is ingeleverd door cliënt en de datum verzending toekenningsbeschikking PGB.</li> </ul> <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"> <li>- Datum binnenkomst indicatie: registratiedatum in systeem (logging).</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Voor de vierde stap is relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Datum complete dossier: de datum waarop het complete aanvraagformulier, het budgetplan en alle van de cliënt gevraagde aanvullende informatie ontvangen zijn.</li> <li>- Datum verzending toekenningbeschikking: de registratiedatum van het versturen van de beschikking.</li> </ul>	n.v.t.	n.v.t.

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score																				
	<p><b>Bevinding:</b></p> <table border="1" data-bbox="373 277 1072 633"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 277 608 416"></th> <th data-bbox="608 277 759 416">Doorlooptijd bij de concessiehouder in dagen</th> <th data-bbox="759 277 927 416">Landelijk gemiddelde in dagen</th> <th data-bbox="927 277 1072 416">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 416 608 443">Doorlooptijd stap 1</td> <td data-bbox="608 416 759 443">6,2</td> <td data-bbox="759 416 927 443">8,5</td> <td data-bbox="927 416 1072 443">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 443 608 521">Doorlooptijd stap 2 (inventariserend)</td> <td data-bbox="608 443 759 521">Niet gerapporteerd</td> <td data-bbox="759 443 927 521">37,6</td> <td data-bbox="927 443 1072 521">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 521 608 600">Doorlooptijd stap 3 (inventariserend)</td> <td data-bbox="608 521 759 600">Niet gerapporteerd</td> <td data-bbox="759 521 927 600">20,7</td> <td data-bbox="927 521 1072 600">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 600 608 633">Doorlooptijd stap 4</td> <td data-bbox="608 600 759 633">9,3</td> <td data-bbox="759 600 927 633">8,8</td> <td data-bbox="927 600 1072 633">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Toelichting:</b> De NZa concludeert dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol;</li> <li>- de definities niet uniform gehanteerd worden;</li> <li>- de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden;</li> <li>- de uitkomsten niet altijd plausibel zijn;</li> <li>- de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig.</li> </ul> <p>Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p>		Doorlooptijd bij de concessiehouder in dagen	Landelijk gemiddelde in dagen	Score	Doorlooptijd stap 1	6,2	8,5	n.v.t.	Doorlooptijd stap 2 (inventariserend)	Niet gerapporteerd	37,6	n.v.t.	Doorlooptijd stap 3 (inventariserend)	Niet gerapporteerd	20,7	n.v.t.	Doorlooptijd stap 4	9,3	8,8	n.v.t.		
	Doorlooptijd bij de concessiehouder in dagen	Landelijk gemiddelde in dagen	Score																				
Doorlooptijd stap 1	6,2	8,5	n.v.t.																				
Doorlooptijd stap 2 (inventariserend)	Niet gerapporteerd	37,6	n.v.t.																				
Doorlooptijd stap 3 (inventariserend)	Niet gerapporteerd	20,7	n.v.t.																				
Doorlooptijd stap 4	9,3	8,8	n.v.t.																				
	<p><b>Aandachtspunt:</b> Het rapporteren van de inventariserende doorlooptijden (stap 2 en 3).</p>																						
	<b>TOTAAL</b>	<b>Maximaal te behalen score: 8</b>	<b>6,7</b>																				

Bron: NZa

De concessiehouder moet het vermelde verbeterpunt 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>B.</b>	<b>Uitvoering klachtenbehandeling</b>		
B.1	<p><b>Norm:</b> 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	0,5
	<p><b>Bevinding:</b> 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, tweede en vierde kwartaal 2014 100%. In het derde kwartaal bedraagt dit percentage 95%. Bij één van de tien onderzochte klachtendossiers bleek dat een ontvangen klacht te laat schriftelijk is bevestigd.</p>		
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het in alle gevallen tijdig schriftelijk bevestigen van de ontvangen klachten.</p>		
B.2	<p><b>Norm:</b> 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><b>Bevinding:</b> Het percentage afgehandelde klachten dat binnen zes weken is afgehandeld dan wel bij verdaging binnen tien weken, bedraagt over alle kwartalen in 2014 100%.</p>		
B.3	<p><b>Norm:</b> 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><b>Bevinding:</b> 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 alle vier de kwartalen in 2014 100%.</p>		
B.4	<p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. De concessiehouder heeft een schriftelijke reactie op de klacht verzonden. Deze reactie bevat de bevindingen van het onderzoek naar de klacht, een gemotiveerd oordeel en de eventuele conclusies die de concessiehouder daaraan verbindt. Bij de conclusie moet de concessiehouder in ieder geval (in algemene termen) aangeven of de klacht gegrond of ongegrond is verklaard.</li> <li>b. De concessiehouder gaat in de schriftelijke reactie aan de klager in op alle elementen van de klacht, ook op de door de klager genoemde bedragen.</li> <li>c. De concessiehouder stelt in de schriftelijke reactie de beleving van de klager centraal.</li> <li>d. Uit het klachtendossier blijkt dat de concessiehouder zich heeft ingespannen om, indien van toepassing, het probleem van de klager te helpen oplossen.</li> </ol>	n.v.t.	n.v.t.

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het in alle gevallen centraal stellen van de beleving van de klager. In één van de door de NZa beoordeelde afhandelingsbrieven is aangegeven dat de klacht ongegrond was, terwijl de klager wel een goede reden had om te klagen aangezien er wel een fout was gemaakt (niet door de zorginstelling zelf maar door bureau Jeugdzorg). Strikt genomen had de instelling inderdaad geen fout gemaakt, maar klantvriendelijker was geweest hier aan te geven dat de klacht ten dele was gegrond of op een andere wijze aan te geven dat de klant wel recht van spreken had.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat het verbeterpunt nog niet geheel is opgevolgd. Uit de door de concessiehouder uitgevoerde zelfanalyse blijkt dat dit nog verder verbeterd moet worden. In 2015 heeft de concessiehouder hiervoor maatregelen getroffen.</p>		
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het in alle gevallen centraal stellen van de beleving van de klager.</p>		
B.5	<p><b>Norm:</b> 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><b>Bevinding:</b> 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 alle vier de kwartalen in 2014 100%.</p>		
C.	<p><b>Verbetermanagement klachten</b></p>		
	<p><b>Norm:</b></p> <p>a. In de managementrapportages wordt specifiek informatie verstrekt over klachten AWBZ. De rapportages zijn betrouwbaar. In de rapportages is informatie opgenomen over: aantal klachten, aard en analyse van de klachten en (verbeter)voorstellen.</p> <p>b. De concessiehouder heeft naar aanleiding van ontvangen klachten (aantoonbaar) concrete verbeteracties uitgevoerd (afhankelijk van de ernst van de klacht en het aantal ontvangen klachten over een specifiek uitvoeringsaspect). Eventuele verbeteringen moeten betrekking hebben op het primaire proces (dus niet slechts op het proces klachtenbehandeling zelf).</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het structureel, gedurende het gehele jaar, in de managementrapportages opnemen of er sprake was van verbeteracties naar aanleiding van ontvangen klachten.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt is gerealiseerd. Het structureel elk kwartaal opnemen van verbeteracties in de rapportages is nog een aandachtspunt.</p>		



Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<b>Aandachtspunt:</b> Het structureel elk kwartaal opnemen van verbeteracties in de rapportages.		
	<b>TOTAAL</b>	<b>Maximaal te behalen score: 6,25</b>	<b>5,5</b>

Bron: NZa

De concessiehouder moet het vermelde verbeterpunt realiseren.

#### 2.4.2 Verdiepende vragen onderzoek Klachtenbehandeling

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

##### *Aantal en aard van de ontvangen klachten*

De concessiehouder heeft in 2014 in totaal 28 klachten ontvangen. Deze kunnen als volgt worden onderverdeeld:

**Tabel 8. Verdeling klachten 2014**

Aard van de klacht	Aantal
Functioneren zorgaanbieders	7
Privacy schending	0
Bejegening door personeel zorgkantoren	5
Bereikbaarheid zorgkantoren (inclusief telefonische bereikbaarheid).	0
Uitvoering PGB	15
Overige	1
Totaal	28

Bron: NZa

##### *Bezwaarschriftenprocedure*

De concessiehouder is de bezwaarschriftenprocedure voor zorg in natura (modulair pakket thuis en volledig pakket thuis) aan het inregelen. De concessiehouder verwacht dat de procedure in het vierde kwartaal van 2015 gereed zal zijn. Ook zal dit onderdeel opgenomen worden in de brochures en overige publieksinformatie.

## **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
<b>A.</b>	<b>Aandacht voor de positie van de cliëntenraad</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2014 aandacht voor de positie van de cliëntenraad en stelt vast:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– of de zorgaanbieder beschikt over een goed functionerende cliëntenraad; en bij twijfel:</li> <li>– of de cliëntenraad door de zorgaanbieder in 2014 geraadpleegd wordt bijvoorbeeld over kwaliteitscyclus, verbeterprojecten, informatie over aanvullende diensten;</li> <li>– of de zorgaanbieder met de cliëntenraad in 2014 overlegt over de werkwijze en algemene gang van zaken rond de invulling van het zorgplan.</li> </ul> <p>De concessiehouder maakt hiervan aantoonbaar werk. Dit blijkt onder meer uit het inkoopbeleid 2015, de overeenkomst 2014 en /of het overleg met de zorgaanbieder in 2014.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 waren de volgende verbeterpunten opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Het aantoonbaar maken dat de concessiehouder heeft gecontroleerd dat de cliëntenraad bij de zorgaanbieder aanwezig is en functioneert.</i></li> <li>– <i>Het aantoonbaar maken dat de concessiehouder heeft gecontroleerd dat de cliëntenraad door de zorgaanbieder is geraadpleegd over de algemene gang van zaken rond de invulling van het zorgplan.</i></li> </ul> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat de concessiehouder deze verbeterpunten heeft gerealiseerd.</p>		
<b>B.</b>	<b>Elementen die in het contracteer- en inkoopbeleid van de concessiehouder minimaal moeten zijn opgenomen</b>		
	<p><b>Norm:</b> Het contracteer- en inkoopbeleid 2015 van de concessiehouder beschrijft tenminste:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gewenste veranderingen in aard, omvang, kwaliteit en spreiding van het zorgaanbod, mede op basis van demografische ontwikkelingen, wachtlijstgegevens, en ontwikkelingen in wet- en regelgeving. Hij besteedt hierbij ook aandacht aan de regionale ontwikkelingen. Het zorgkantoor betreft hierbij overheidsmaatregelen, voor zover die bij de formulering van het contracteer- en inkoopbeleid bekend zijn.</li> <li>b. De belangrijkste uitgangspunten van de concessiehouder, aansluitend op de inkoopthema's, genoemd in het document Zorginkoop langdurige zorg 2015 van ZN.</li> <li>c. Gevolgen/sancties voor de gecontracteerde zorgaanbieder bij het (gedeeltelijk) niet nakomen van het contract. De concessiehouder ontwikkelt hiertoe een eenduidig beleid en is transparant over de gevolgen/sancties die hij aan zorgaanbieders oplegt.</li> </ol>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het vooraf aan alle zorgaanbieders bieden van duidelijkheid over de inkoopvoorwaarden en de criteria voor het al dan niet hebben van een inkoopgesprek.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.</p>		
<b>C.</b>	<b>De concessiehouder sluit overeenkomsten met toegelaten extramurale zorgaanbieders die voldoen aan de algemene geschiktheidseisen.</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in zijn contracteerbeleid 2015 duidelijk aangegeven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dat hij zich conformeert aan het uniforme toetsingskader voor nieuwe zorgaanbieders, zoals in ZN verband voor 2015 afgesproken.</li> <li>b. Welke voorwaarden en criteria hij bij nieuwe aanbieders in afwijking van of in aanvulling op het uniforme toetsingskader toepast.</li> <li>c. Financiële ruimte voor nieuwe zorgaanbieders die voldoen aan de door hem vastgestelde kwaliteitseisen en naar zijn mening toegevoegde waarde hebben.</li> </ul>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het in het inkoopbeleid concreet uitwerken welke criteria specifiek voor nieuwe zorgaanbieders gelden, welke criteria gewijzigd worden toegepast voor nieuwe zorgaanbieders en welke niet worden toegepast.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.</p>		
<b>D.</b>	<b>De concessiehouder ontwikkelt een transparant, non discriminatoir en toetsbaar contracteer- en inkoopbeleid waarin aanbieders op gelijke manier worden behandeld.</b>		
D.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt over documentatie waarin per zorgaanbieder/offerte is opgenomen de mate waarin deze voldoet aan de contracteervereisten voor het jaar 2015. Bijvoorbeeld een lijst, bestand of andere documentatie waarin per zorgaanbieder is opgenomen de mate waarin deze aanbieder aan de eenduidig geformuleerde inkoopvoorwaarden heeft voldaan, hoe zwaar de concessiehouder dit heeft meegewogen. Ook blijkt de conclusie die de concessiehouder hieraan heeft verbonden, bijvoorbeeld voor de prijs van de in te kopen zorg of in de vorm van een ranking.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het bieden van meer duidelijkheid over de wijze waarop de concessiehouder de landelijke korting op persoonlijke verzorging en begeleiding doorvoert bij elke zorgaanbieder.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.</p>		
D.4	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder geeft in zijn contracteerbeleid 2015 en / of overeenkomst duidelijk aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Wat hij verstaat onder onderaanneming, en een nadere toelichting van de vormen van onderaanneming die hij als zodanig onderscheidt.</li> <li>b. Onder welke voorwaarden eventuele capaciteitsmutaties leiden tot productieafspraken.</li> <li>c. Onder welke voorwaarden de concessiehouder met de zorgaanbieder eventueel principeafspraken wil maken voor de periode na 2015 onder voorbehoud van een verlenging van de concessieverlening na 2015.</li> </ul>	n.v.t.	n.v.t.

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

Bron: NZa

De concessiehouder moet het vermelde verbeterpunt realiseren.

### 2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Contracteerproces, heeft de NZa verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op deze prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de 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*

De concessiehouder maakt op de website de som bekend 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. Het subsidieplafond wordt ook maandelijks bewaakt.

Het zorgkantoor heeft online in continuïteit inzicht in de bestedingen van de PGB-budgetten (betalingen door de SVB) en bewaakt het subsidieplafond. Verder controleert het zorgkantoor op microniveau bij de huisbezoeken de bestede PGB-budgetten met de toegekende PGB-budgetten.

## **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 contracterruimte**

Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
<b>B.</b>	<b>Het bewaken van de zorgvraag of – behoefte</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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
<b>C.</b>	<b>Doelmatig inkopen van zorg</b>		
	<p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder waarborgt via de zorginkoop dat de zorg aan cliënten passend en effectief is. Hij kan onderbouwen dat zijn activiteiten gericht op het bevorderen van structuren en netwerken voor integrale zorgverlening en ondersteuning leiden tot betere zorg en het voorkomen van onnodige kosten voor de AWBZ.</p> <p>b. De concessiehouder stuurt vanuit het oogpunt van doelmatige zorginkoop aantoonbaar op de prijs/kwaliteitsverhouding van de AWBZ-zorg. De concessiehouder kan er daarbij voor kiezen om cliënttevredenheid en de voorkeuren van cliënten mee te nemen als onderdeel van zijn invulling van kwaliteit. NB: De toepassing van het kwaliteitskader wordt al getoetst onder C en D van PI6 (Innovatie en kwaliteit zorgverlening).</p> <p>c. De concessiehouder stuurt aantoonbaar op de kosten per regio en de kosten per cliënt, en waarborgt dat dit geen afbreuk doet aan de kwaliteit van de geleverde zorg.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 waren de volgende verbeterpunten opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Het systematisch uitwerken van de instrumenten die de concessiehouder wil inzetten om doelmatige zorgverlening te bevorderen.</i></li> <li>– <i>Het actiever sturen op gepast gebruik.</i></li> <li>– <i>Het aantoonbaar maken dat de niet planbare zorg in de regio goed is geregeld en dat dit niet tot problemen leidt.</i></li> </ul> <p>De NZa heeft besloten om het eerste verbeterpunt bij alle concessiehouders verdiepend te onderzoeken. De laatste twee verbeterpunten zijn niet meer van toepassing in de Wlz.</p>		
<b>D.</b>	<b>Verbeteren instrumenten om doelmatigheid te meten en stimuleren</b>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder levert aantoonbaar een actieve bijdrage aan het verbeteren van instrumenten om doelmatigheid te meten en te stimuleren: – binnen de eigen organisatie En – in samenwerking met andere concessiehouders.</p> <p>b. De concessiehouder stimuleert en ondersteunt zorgaanbieders bij het implementeren van doelmatigheid bevorderende innovaties die zich al hebben bewezen.</p>		



Nr.	Toetsingsaspect	Norm score	Gerealiseerde score
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het opnemen in het inkoopbeleid van de grenzen van een acceptabele onderproductie.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.</p>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>Maximaal te behalen score: 2</b>	<b>2</b>

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 volledig pakket thuis (VPT)/modulair pakket thuis (MPT)*

In ZN-verband is afgesproken, na overleg met VWS dat de Wlz-uitvoerder het advies of zorg verantwoord kan worden geleverd, mag overlaten aan de zorgaanbieder die feitelijk deze zorg moet leveren. Wel is het zo dat het zorgkantoor dit advies dient te toetsen en daarna pas een besluit/beschikking afgeeft. De doelmatigheidstoets doet het zorgkantoor zelf op basis van de rekenmodule. Hierover lopen overigens nog wel gesprekken met VWS om vast te stellen wat een goede basis van beoordelen is.

Voor iedere klant wordt een positieve of negatieve beschikking afgegeven. Het zorgkantoor onderzoekt momenteel een traject om de beschikking te vereenvoudigen en begrijpelijker te maken voor de klant. In dit overgangsjaar voor VPT/MPT is landelijk afgesproken dat het zorgkantoor alleen een gesprek heeft met een cliënt die daar expliciet om vraagt. Het zorgkantoor heeft nog geen verzoeken gehad. Het zorgkantoor nodigt cliënten niet zelf uit. Als de klant en de zorgaanbieder er samen uitkomen, ziet het zorgkantoor daarvan geen toegevoegde waarde voor de klant, eerder een extra belasting. Een cliënt kan zijn persoonlijk plan indienen. De concessiehouder hanteert daarin een termijn van zeven dagen. De concessiehouder heeft echter nog geen aanvragen gehad.

De huidige MPT-clieënten krijgen van de betreffende zorgaanbieder een persoonlijk plan. Als de zorgaanbieder na haar toets stelt dat de inzet van MPT/VPT niet verantwoord is of niet meer is, geeft het zorgkantoor een negatieve beschikking af. Bij doelmatigheid overlegt het zorgkantoor eerst met de zorgaanbieder of alle mogelijkheden zijn onderzocht. Zo ja en niet doelmatig, dan volgt ook hier een negatieve beschikking. In ZN-verband is het zorgkantoor bezig met het opstellen van nadere voorwaarden wanneer zorg niet meer verantwoord is. Tot nu toe heeft het zorgkantoor niet te maken gehad met onverantwoorde situaties.

## **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
<b>C.</b>	<b>Kwaliteitsborging V&amp;V</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder:</p> <p>a. Beoordeelt bij de zorgaanbieder V&amp;V het kwaliteitssysteem, mede op basis van de uitkomsten 2012 / 2013 van cliëntervaringen en zorginhoudelijke indicatoren van het landelijk kwaliteitskader V&amp;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
<b>D.</b>	<b>Kwaliteitsborging GHZ</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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"> <li>– de kwaliteit op organisatieniveau op basis van de uitkomsten van de kerngegevens van pijler 1, de meting en de publicatie;</li> <li>– 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;</li> <li>– de keuze door de zorgaanbieder van het cliëntervaringsinstrument in samenspraak met de cliëntenraad en het implementatieplan voor de meting van cliëntervaring conform pijler 2B.</li> </ul> <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
<b>E.</b>	<b>Anticiperen op ontwikkelingen</b>		
	<p><b>Norm:</b> 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
	<b>TOTAAL</b>	<b>Maximaal te behalen score: 6</b>	<b>6</b>

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. Evenals de eventuele hulp die die mantelzorger aanvullend op de door de zorgaanbieder verleende zorg kan en wil bieden.

### *Het stimuleren van zorg in eigen omgeving en zelfredzaamheid van cliënten door het zorginkoopbeleid*

In zijn inkoopbeleid 'Duurzaam & Dichtbij' heeft het zorgkantoor aangegeven wat hij verwacht rondom het versterken van eigen regie en participatie. In de regionale inkoopplannen vraagt het zorgkantoor specifiek om in de geest van het beleid zoals verwoord in 'Duurzaam & Dichtbij' te komen met een verbeterd integraal aanbod.

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

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

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

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

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
<b>A.</b>	<b>Declaratieafspraken opnemen in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en concessiehouder</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in de overeenkomst voor 2015 afspraken opgenomen:</p> <p>a. In overeenstemming met de vigerende Regeling Declaratievoorschriften AWBZ-zorg over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de declaratie van geleverde zorg per declaratieperiode op prestatieniveau;</li> <li>– de declaratie van geleverde zorg per declaratieperiode op cliëntniveau;</li> <li>– de indiening van de productiemonitor over alle afgesproken prestaties.</li> </ul> <p>b. Over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– declaratie op cliëntniveau in overeenstemming met het uniforme Declaratieprotocol AWBZ;</li> <li>– de bevoorschotting van de declaratie op prestatieniveau en niet cliëntgebonden kosten door de concessiehouder via betaalopdrachten aan het CAK;</li> <li>– de bevoorschotting van de declaratie op cliëntniveau door de concessiehouder via betaalopdrachten aan het CAK;</li> <li>– de aanpassing van de bevoorschotting per declaratieperiode.</li> </ul>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>De concessiehouder moet duidelijk in de overeenkomst opnemen wat de werkwijze is van de bevoorschotting, inclusief de mogelijke aanpassingen van de bevoorschotting en de criteria hiervoor. Het is niet voldoende om alleen te verwijzen naar het declaratieprotocol. De concessiehouder heeft overigens aangegeven dit in de overeenkomst van 2015 aan te passen.</i></p> <p>De concessiehouder heeft in de overeenkomst nu verwezen naar een protocol waarin de bevoorschotting duidelijk wordt omschreven. Het staat weliswaar niet in de overeenkomst zelf, maar het gaat erom dat de werkwijze duidelijk wordt gecommuniceerd naar zorgaanbieders. Dat gebeurt nu beter dan bij het vorig onderzoek.</p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.</p>		
<b>B.</b>	<b>Realisatie declaratieafspraken prestaties</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
	<p><b>Norm:</b></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"> <li>– 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;</li> <li>– 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.</li> </ul> <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"> <li>– alle op cliëntniveau aangeboden goedgekeurde declaraties worden via de betalingsopdracht aan het CAK daadwerkelijk betaald;</li> <li>– 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.</li> </ul> <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"> <li>– verwerking van uitsluitend goedgekeurde declaraties op cliëntniveau;</li> <li>– retourzending van afgekeurde declaraties op cliëntniveau (AW320) die niet voldoen aan de landelijke controle-eisen (N6 en N7, GBA, COV, samenloop).</li> </ul> <p>In aanmerking worden genomen op cliëntniveau alle declaraties die door de concessiehouder in de betreffende kalendermaand zijn verwerkt:</p> <p>d. Een voldoende percentage gecontracteerde zorgaanbieders (op NZa rekenstaatniveau) dat de declaraties van zorg op cliëntniveau (AW319) per maand tijdig heeft ingediend. Onder tijdig wordt verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– indiening binnen een maand volgend op de maand waarin de zorg is geleverd.</li> </ul> <p>ZZP-ers worden voor de bepaling van dit percentage buiten beschouwing gelaten.</p> <p>e. Een voldoende percentage gecontracteerde zorgaanbieders (op NZa rekenstaatniveau) dat de declaraties van zorg op cliëntniveau (AW319) per maand juist heeft ingediend. Onder juist wordt verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de declaraties op cliëntniveau voldoet aan de landelijke controle-eisen (N1 t/m N7);</li> <li>– 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.</li> </ul>	5,5	5,5

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score																								
	<p><b>Bevinding:</b></p> <table border="1" data-bbox="379 304 1118 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 zorg- kantoren</th> <th data-bbox="815 304 986 439">Landelijk gemiddelde</th> <th data-bbox="986 304 1118 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">98,4%</td> <td data-bbox="815 439 986 539">95,0%</td> <td data-bbox="986 439 1118 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">99,1%</td> <td data-bbox="815 539 986 640">93,4%</td> <td data-bbox="986 539 1118 640">1,25</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="815 640 986 741">99,9%</td> <td data-bbox="986 640 1118 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="815 741 986 842">97,6%</td> <td data-bbox="986 741 1118 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="815 842 986 925">100%</td> <td data-bbox="986 842 1118 925">1</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="379 958 1150 1088">De concessiehouder heeft geen problemen gekend met het naleven van de definities. Verder zijn er geen voorselecties gemaakt. De afdeling Internal Audit heeft in een aparte rapportage de berekeningen van de indicatoren bekeken en geconcludeerd dat de concessiehouder zich in voldoende mate heeft verantwoord over de outcome-indicatoren.</p>	Outcome-Indicator taak 9: percentages cumulative meting	Gemiddelde over 12 maanden bij alle zorg- kantoren	Landelijk gemiddelde	Score	Tijdige aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)	98,4%	95,0%	1,25.	Juiste aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)	99,1%	93,4%	1,25	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 zorg- kantoren	Landelijk gemiddelde	Score																								
Tijdige aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)	98,4%	95,0%	1,25.																								
Juiste aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)	99,1%	93,4%	1,25																								
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																								
<b>C.</b>	<b>Bekostiging productie 2014</b>																										
C.1	<p><b>Norm:</b></p> <p data-bbox="379 1223 1145 1301">a. Bevoorschotting declarabele prestaties op cliëntniveau: de concessiehouder paste in 2014 maandelijks de bevoorschotting van de zorgaanbieder aan de goedgekeurde gedeclareerde productie op cliëntniveau AW319 aan.</p> <p data-bbox="379 1328 403 1350">En</p> <p data-bbox="379 1384 1166 1592">b. Bevoorschotting prestaties die niet op cliëntniveau gedeclareerd kunnen worden: De concessiehouder analyseerde in 2014 maandelijks bij de zorgaanbieder de verschillen tussen de productieafspraken en de gedeclareerde productie op prestatieniveau. Bij verschillen die vielen buiten de door de concessiehouder gehanteerde bandbreedte – maximaal 5% van de productieafspraken al dan niet met inachtneming van een minimumbedrag – paste de concessiehouder de bevoorschotting aan. Aanpassingsmoment van de bevoorschotting is minimaal één keer per kwartaal.</p>	n.v.t.	n.v.t.																								
	<p><b>Bevinding:</b></p> <p data-bbox="379 1664 1166 1765">In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting van de zorgaanbieder aan de goedgekeurde productie op cliëntniveau AW319. In 2014 heeft de concessiehouder deze procedure aangepast.</i></p> <p data-bbox="379 1798 1150 1877">Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt is gerealiseerd. Er wordt inmiddels op de juiste wijze bevoorschot, maar de communicatie hierover naar zorgaanbieders is voor verbetering vatbaar.</p>																										
	<p><b>Verbeterpunt:</b></p> <p data-bbox="379 1939 1102 2018">Het helder communiceren naar alle zorgaanbieders dat de bevoorschotting maandelijks wordt aangepast in periode t zonder daarbij een bandbreedte te gebruiken, zodat de werkelijke productie AW319 volledig wordt gevolgd.</p>																										



Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
<b>D.</b>	<b>Afrekenen met zorgaanbieders</b>		
	<b>Norm:</b> De concessiehouder bevordert dat de door hem gecontracteerde zorgaanbieders hun nacalculatieformulieren over 2013, mede ondertekend door het zorgkantoor, voor 1 juni 2014 hebben ingediend bij de NZa. Hij kan aantonen dat hij voldoende actie heeft ondernomen richting zorgaanbieders om tijdige indiening te bewerkstellingen (bepaling in overeenkomst, manen van zorgaanbieders, bespreken in periodiek overleg, aanpassing van de bevoorschotting, korting op het budget).	2	1,75
	<b>Bevinding:</b> De concessiehouder voldoet niet helemaal. Niet alle nacalculatieformulieren zijn tijdig aangeleverd aangezien deze nog ontvangen moeten worden. Het zorgkantoor heeft voldoende sancties om ook deze laatste zorgaanbieders beter op te voeden.		
	<b>Verbeterpunt:</b> De concessiehouder moet tijdig, dat wil zeggen voor 1 juni van een kalenderjaar de nacalculatieformulieren over het voorgaande kalenderjaar bij de NZa hebben ingediend.		
	<b>TOTAAL</b>	<b>Maximaal te behalen score: 7,5</b>	<b>7,25</b>

Bron: NZa

De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren.

### 2.8.2 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

De door de concessiehouder goedgekeurde declaraties op cliëntniveau zijn de basis voor de in de nacalculatie verantwoorde productiecijfers. Eventuele verschillen tussen goedgekeurde declaraties en nacalculatorische productiecijfers moeten verklaard kunnen worden. Als niet correct wordt afgerekend, heeft de controle op de ingediende declaraties maar een zeer beperkte toegevoegde waarde. Zowel de concessiehouder als de externe accountant van de zorgaanbieder hebben hierin een belangrijke taak.

Tijdens het vorige onderzoek zijn verdiepende vragen gesteld over het gebruik van het bestand met goedgekeurde declaraties op cliëntniveau voor het beoordelen van de op nacalculatie verantwoorde productiecijfers. Destijds werd aangegeven dat de concessiehouder dit bestand als bron gebruikt voor de controle op de nacalculatie. Er worden voorlopige declaraties gestuurd, zodat het nog rechtgezet kan worden alvorens de accountant het controleert voor zijn jaarwerkzaamheden.

De concessiehouder geeft aan dat het proces dit jaar is aangepast, waardoor het beter geborgd is. Basis voor de nacalculatie 2014 is de goedgekeurde, gedeclareerde productie volgens de realisatiemonitor. Vervolgens kijkt de zorgaanbieder of er nog productie is die niet eerder is gedeclareerd maar wel is geleverd (binnen de afspraken met het zorgkantoor, dit betreft ook meerzorg) en neemt deze op in het evaluatieformat. Bij afwijkingen op de realisatiemonitor van <1% (op prestatieniveau) en <100 (eenheid op prestatieniveau) hoeft geen evaluatieformat te worden gevuld. Het bedrag van de achterafcontrole van 13 april 2015 zal in beginsel worden opgenomen als 'verlaging van de financiële realisatie' in het nacalculatieformulier 2014. Wanneer de zorgaanbieder meent dat dit wel rechtmatig geleverde zorg is, dient de zorgaanbieder de resultaten van de achterafcontrole voor te leggen aan de controlerend accountant. Dit staat ook in de laatste brief nacalculatie 2014 die is verstuurd naar de zorgaanbieders.

Verder ziet de Wlz-uitvoerder/zorgkantoor op korte termijn een aantal knelpunten als gevolg van de invoering van de Wlz. Het eerste knelpunt betreft de uitwisselbaarheid van het budget ZIN met het budget PGB. Als er namelijk op het budget PGB tekort wordt gekomen, moet dit vanuit het budget ZIN worden aangevuld. Als dit teveel is, kan dit tot problemen leiden bij het nakomen van ZIN-gemaakte afspraken over de productie. Dat kan mogelijk dan niet meer worden vergoed.

Verder heeft slechts een deel van de zorgaanbieders de zaken per 1 januari voor elkaar als het gaat om het declareren van de geleverde productie. Vanwege software problemen en de aandacht voor de invoering van de Wmo en Zvw komt dit op een lager pitje te staan. 28% van de zorgaanbieders zit daarom onder 80% van wat zij hebben afgesproken als declaratie.

Tenslotte kost het inrichten van ICT tijd. Late besluitvorming over wijzigingen door de politiek, zorgt ervoor dat de ICT niet op tijd gereed is.

Voor het eerste genoemde knelpunt geeft de Wlz-uitvoerder als oplossing aan dat er goed moet worden gekeken naar of mensen niet ten onrechte in de Wlz terecht komen (monitoren). Het is alleen nog voor 'zware' gevallen. Het mag niet zo zijn dat mensen opeens zwaarder geïndiceerd gaan worden. Daarbij moet ook aandacht zijn voor de aantallen die aanspraak maken op de Wlz en Wmo; de zogenaamde grensgevallen. Het dubbeltje moet niet altijd dezelfde kant opvallen.

## **2.9 Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB**

### **2.9.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor PGB**

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

**Tabel 13. Prestatiemeting 2014 Administratie op verzekerdenniveau voor PGB**

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
<b>A.</b>	<b>Vaststelling en toekenning voorlopige budgetten</b>		
A.1	<p><b>Norm:</b></p> <p>a. Screening</p> <p>De concessiehouder heeft bij iedere aanvraag van een PGB 2014 vastgesteld:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dat er sprake is van een indicatiebesluit met een geldigheidsduur van tenminste één jaar.</li> <li>2. Dat er bij indicatie voor begeleiding sprake is van tien of meer uren zorg.</li> <li>3. Dat gebruik is gemaakt van een door het zorgkantoor beschikbaar gesteld aanvraagformulier.</li> <li>4. Dat de aanvraag is vergezeld van een volledig ingevuld budgetplan.</li> <li>5. Dat de aanvrager de beschikbaarheid van zorg in natura onderzocht heeft.</li> <li>6. Dat de NAW-gegevens overeenstemmen met de GBA.</li> <li>7. Of er sprake is van meerdere PGB's op één adres.</li> <li>8. Of er sprake is van een overgang van zorg in natura naar PGB.</li> <li>9. Of er sprake is van een budgethouder die afkomstig is van een ander zorgkantoor.</li> <li>10. Of er sprake is van een herintredende budgethouder.</li> <li>11. Of de budgethouder op de zwarte lijst van het verbond van Verzekeraars staat (in het EVR).</li> </ol> <p><i>NB: Vanaf medio 2012 is raadpleging van het Elektronisch verwijsregister (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"> <li>– 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.</li> <li>– 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.</li> <li>– 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.</li> <li>– 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.</li> <li>– Indien de budgethouder zorg continueert bij dezelfde zorgverlener moet contact worden opgenomen bij de zorgverlener over de reden van omzetting.</li> </ul> <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

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p><b>Bevinding:</b> De score heeft alleen betrekking op norm b. 'Bewuste-keuzegesprek' waaraan de concessiehouder voldoet. Norm a. 'Screening' valt buiten de beoordeling met betrekking tot het toekennen van scores. Er is hierbij alleen beoordeeld of het verbeterpunt uit 2013 is opgevolgd.</p> <p>In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het zichtbaar vastleggen van de audit trail van de uitgevoerde werkzaamheden door alle medewerkers over alle punten die bij de aanvraag van een PGB worden vastgesteld. Daarnaast verdient het de aanbeveling de terugkoppeling over deze punten door de tweede beoordelaar (vier-ogen principe) toetsbaar vast te leggen.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt gedeeltelijk gerealiseerd is. Er zijn checks uitgevoerd, echter een en ander is onvoldoende zichtbaar vastgelegd. De zichtbaarheid en aantoonbaarheid zal de concessiehouder in 2015 verder oppakken en borgen.</p>		
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het zichtbaar, aantoonbaar en toetsbaar vastleggen van de audit trail van de uitgevoerde werkzaamheden door alle medewerkers over alle punten die bij de aanvraag van een PGB worden vastgesteld (inclusief de terugkoppeling door de tweede beoordelaar).</p>		
<b>C.</b>	<b>Controle door concessiehouder en uitvoering van het programma Huisbezoeken</b>		
C.1	<p><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>De risicoanalyse mondt uit in een controleplan waarin de concessiehouder de risico's koppelt aan de controlefasen van het uitvoeringsproces PGB in 2014.</li> <li>De concessiehouder legt in het controleplan vast op welke wijze uitvoering wordt gegeven aan de bestandenanalyses en de steekproeven.</li> <li>De concessiehouder beschrijft in het controleplan de reikwijdte en diepgang van de controles in 2014.</li> <li>De concessiehouder beschikt over een controleplan voor het PGB waarin in ieder geval het volgende vastligt: <ul style="list-style-type: none"> <li>– de uit te voeren bestandsanalyse;</li> <li>– de risicoanalyse voor de uitvoering van het Programma Huisbezoeken;</li> <li>– de onderbouwing dat de controle qua aard, omvang en diepgang toereikend is.</li> </ul> </li> </ol>	2,5	1
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het duidelijk omschrijven wat de aard, omvang en diepte van de werkzaamheden zijn. Het duidelijk vastleggen van de consequenties die getrokken moeten worden bij het niet voldoen aan de controles en de uitkomsten hiervan.</li> <li>– Het vastleggen en inzichtelijk maken van de relatie met de risicoanalyse / risicoplan.</li> <li>– Het vaststellen van het controleplan PGB voorafgaand aan het jaar en het bijhouden van een zichtbaar versiebeheer in het document.</li> <li>– Het dynamisch (blijven) bepalen van risico's en deze ook verwerken in de controles, te denken valt hierbij aan het uitvoeren van andere huisbezoeken dan het landelijk risicoprofiel.</li> <li>– Het vastleggen van de processtappen bij het constateren van fraude of vermoeden van fraudes en hoe hiermee om dient te worden gegaan (overleg, rapportage, terugkoppeling en dergelijke).</li> </ul>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
C.2	<p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft bij de globale controle van de verantwoordingsformulieren 2014 alle bovenstaande punten getoetst.</p> <p>b. De concessiehouder heeft vervolgacties ondernomen als de globale controle tot bevindingen leidde.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b></p> <p>In het rapport van 2013 waren de volgende verbeterpunten opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Het zichtbaar vastleggen van de handmatige controles van de globale controle.</i></li> <li>– <i>Het zichtbaar vastleggen van de uitkomsten van de automatische controle en welke declaraties hiervan later zijn teruggeroepen, zodat inzicht verkregen kan worden in de effectiviteit en efficiency van de geautomatiseerde controles (per item).</i></li> </ul> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat deze verbeterpunten nog niet gerealiseerd zijn, maar dat hierin stappen voorwaarts gemaakt zijn.</p>		
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het zichtbaar vastleggen van de handmatige controles van de globale controle.</li> <li>– Het zichtbaar vastleggen van de uitkomsten van de automatische controle en welke declaraties hiervan later zijn teruggeroepen, zodat inzicht verkregen kan worden in de effectiviteit en efficiency van de geautomatiseerde controles (per item).</li> </ul>		
C.3	<p><b>Norm:</b></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><b>Bevinding:</b></p> <p>In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het periodiek uitvoeren van bestandsanalyses op de gehele populatie budgethouders waarbij wordt vastgesteld of een opname- of ontslagmelding voor verblijf is ontvangen van zorgaanbieders.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt gerealiseerd is.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
C.4	<p><b>Norm:</b></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"> <li>1. er is sprake van getekende zorgovereenkomsten;</li> <li>2. er is sprake van zorglevering binnen het PGB-domein;</li> <li>3. er is geen sprake van overschrijding van de maximumtarieven;</li> <li>4. er is uitsluitend sprake geweest van girale betalingen;</li> <li>5. er is geen sprake van surseance, faillissement of schuldsanering (WSNP);</li> <li>6. kosten van vervoer betrekking hebben op vervoer van en naar de dagbesteding;</li> <li>7. Kosten van zorginkoop in het buitenland maximaal betrekking heeft op een periode van 13 weken.</li> </ol> <p>Als ook een verantwoordingsformulier onderdeel uitmaakt van het administratieve vooronderzoek wordt bovendien vastgesteld dat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. de verantwoording is in overeenstemming met de onderliggende declaraties, facturen, loonstroken, overeenkomsten en bankafschriften opgesteld;</li> <li>9. de opgenomen bedragen tellen op tot het totaal gedeclareerde bedrag.</li> </ol> <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"> <li>– het intrekken van het al toegekende PGB;</li> <li>– het beëindigen van het PGB vanaf een latere datum;</li> <li>– het weigeren van een PGB voor het komende kalenderjaar.</li> </ul> <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
<b>D.</b>	<b>Tijdige indiening afrekening bij het Zorginstituut Nederland</b>		
	<p><b>Norm:</b></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

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p><b>Bevinding:</b>            In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen:  <i>Het tijdig aanleveren van de aanvraag tot vaststelling van de subsidie 2013 inclusief de accountantsverklaring, dat wil zeggen voor 1 juli 2014, aan Zorginstituut Nederland. De communicatie van Zorginstituut Nederland was hier mede debet aan. De verantwoording was op 26 augustus 2014 ingediend.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt gerealiseerd is.</p>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>Maximaal te behalen score: 7</b>	<b>5,5</b>

Bron: NZa

De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren.

### 2.9.2 Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB

Ultimo 2013 bedroegen de vorderingen op budgethouders PGB € 15.864.000. VGZ Zorgkantoor B.V. moest de NZa periodiek informeren over de stand van zaken met betrekking tot de inspanningen en de resultaten om het openstaande saldo substantieel te verlagen.

Uit het onderzoek blijkt dat VGZ Zorgkantoren B.V. aan deze informatieverplichting heeft voldaan. De NZa merkt op dat de incassopartner van de concessiehouder in 2014 failliet is gegaan. Hierdoor was een uitsplitsing over 2014 naar ouderdom, zoals gevraagd in het informatieverzoek, niet mogelijk door de concessiehouder.

#### *Openstaand saldo PGB*

Per 31 december 2014 bedraagt het saldo openstaande vorderingen op budgethouders PGB € 17.744.000. Per 31 december 2013 bedroeg het saldo € 15.864.000. Dit is een stijging van € 1.880.000 (11,9%). De stijging wordt veroorzaakt doordat het incassoproces tijdelijk stil heeft gelegen en de concessiehouder nu het verstoorde inningsproces op orde aan het brengen is. Dit leidt tot hogere gepresenteerde vorderingen.

Het percentage openstaande vorderingen ten opzichte van de totale kosten subsidies PGB in 2014 bedraagt 4,3% (in 2013: 3,9%). Van deze vorderingen is 66% ouder dan één jaar, 18% is tussen zes en twaalf maanden oud en 16% is maximaal een half jaar geleden ontstaan. Per 30 juni 2015 bedraagt het saldo openstaande vorderingen € 24.685.000. De stijging wordt vooral veroorzaakt door de vorderingen korter dan een half jaar en zijn dus ontstaan in 2015.

Door de concessiehouder is toegelicht dat de stijging van het saldo aan openstaande vorderingen samenhangt met:

- De gestegen toegekende budgetten ten opzichte van voorgaand jaar. Ook is de verhouding vastgesteld budget gedeeld door toegekend budget gedaald met 1,6%. Volgens de concessiehouder wordt een groot deel van dit extra debiteurensaldo normaal terugbetaald. In de cijfers van het tweede kwartaal van 2015 is deze daling zichtbaar.
- Het faillissement van de vorige incassopartner. Het facturatieproces en het buitengerechtelijk traject hebben hierdoor vertraging opgelopen. Volgens de concessiehouder is het proces van debiteurenbewaking eind 2014 goed opgepakt door de nieuwe incassopartner.



### **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 € 372.249.000 (2013: € 369.174.000). Dit is een kostenstijging van 0,8% (landelijk: kostenstijging van 0,6%).

## **2.10 Prestatie-indicator 9: Monitoring continuïteit zorgverlening**

### **2.10.1 Prestatiemeting Monitoring continuïteit zorgverlening**

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

**Tabel 14. Prestatiemeting 2014 Monitoring continuïteit zorgverlening**

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
<b>B.</b>	<b>Uitvoering monitoring continuïteit zorgverlening</b>		
B.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder voert overleg met de door haar gecontracteerde zorgaanbieders, en besteed daarbij aantoonbaar aandacht aan actuele ontwikkelingen (zoals fusies, bestuurswisselingen, leegstand, de vastgoedportefeuille et cetera), en (het signaleren van) risico's voor de continuïteit van zorgverlening.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het beschrijven in het protocol van taak- en verantwoordelijkheden bij samenwerking, overname of faillissement van een aanbieder.</i></p> <p>De concessiehouder heeft dit gerealiseerd door in een apart toegevoegd gedeelte te beschrijven wie waarvoor verantwoordelijk is.</p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.</p>		
B.4	<p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft zich alvorens zich bij de NZa te beroepen op overmacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bij andere zorgaanbieders de mogelijkheden onderzocht voor ondersteuning bij het invullen van de zorgplicht;</li> <li>- alle mogelijkheden heeft onderzocht om te voorzien in de zorg.</li> </ul> <p>b. De concessiehouder gebruikt voor de melding van overmacht een formulier dat beschikbaar is op de website van de NZa.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het niet alleen vooraf maar ook achteraf monitoren van uitbesteedde zorg.</i></p> <p>De concessiehouder geeft aan dat nu bij de materiële controles eerst wordt gekeken welke zorgaanbieders zorg uitbesteden. Uit deze deelverzameling worden er één of meerdere zorgaanbieders gekozen die in aanmerking komen voor een materiële controle. Door deze groep als deelverzameling te beschouwen, is er een grotere kans dat ze in aanmerking komen voor een materiële controle.</p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.</p>		
<b>C.</b>	<b>Anticiperen op nieuwe ontwikkelingen</b>		
	<p><b>Norm:</b></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	2,75

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
<b>D.</b>	<b>Ter inventarisatie: Outcome-indicator continuïteit zorgverlening</b>		
	<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><b>Norm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Een voldoende percentage van de cliënten dat een vervangend aanbod is aangeboden (en daarmee in zorg kan blijven).</li> <li>Is er geen AWBZ-geld uitgekeerd waar geen rechtmatige en doelmatige levering van AWBZ-zorg tegenover heeft gestaan.</li> </ol> <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><b>Bevinding:</b></p> <p>In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het aantoonbaar direct betrekken van het management bij vervolgstappen die de continuïteit van zorg moeten garanderen.</i></p> <p>De concessiehouder geeft aan dat de beschreven situatie in onderdeel a niet is voorgekomen. Verder geeft de concessiehouder aan dat het aantal bevoorschotte declaratiemaanden waarin de zorglevering volgens de materiële controle tekort schoot één maand betrof waarmee een bedrag van € 39.000 is gemoeid. De cliënten van deze instelling zijn overgenomen door een andere instelling.</p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat de concessiehouder dit verbeterpunt heeft gerealiseerd.</p>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>Maximaal te behalen score: 2,75</b>	<b>2,75</b>

Bron: NZa

### 2.10.2 Verdiepende vragen onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening

Naast het onderzoek naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening, heeft de NZa verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op deze prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de prestatiemeting, omdat het veelal activiteiten betreft

die landelijk nog in ontwikkeling zijn en waarvoor nog geen bruikbare toetsingsnormen beschikbaar zijn.

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

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

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

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

#### *Continuïteit van zorg*

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

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

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

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

#### *Continuïteit van zorgaanbieder*

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

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

*Continuïteit van zorg voor de individuele cliënt*

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

## **2.11 Prestatie-indicator 10: Materiële controle**

### **2.11.1 Prestatiemeting Materiële controle**

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

Tabel 15. Prestatiemeting 2014 Materiële controle

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
<b>A.</b>	<b>Organisatie</b>		
	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft de materiële controle belegd bij een zelfstandige unit/afdeling/projectorganisatie waarbij sprake is:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Controleteams met voldoende medische deskundigheid. Voldoende medische deskundigheid houdt in dat een BIG-geregistreeerde medewerker wordt betrokken bij de opzet, uitvoering en evaluatie van materiële controle en dat de detailcontroles uit de materiële controles onder supervisie van een medisch adviseur plaatsvinden.</li> <li>b. Controleteams waarin voldoende functiescheiding aanwezig is tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles bij zorgaanbieders. Dit houdt in dat zorginkopers niet de controles uitvoeren bij de zorgaanbieders waarvoor zij de zorginkoop verzorgen of dat zij zelfstandig de vervolgacties naar aanleiding van de uitkomsten van materiële controles bepalen.</li> <li>c. Betrokkenheid van de coördinator fraudebestrijding bij tenminste de opzet (risicoanalyse) en de evaluatie van de controleresultaten.</li> </ul>	1	0,5
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het nemen van (aantoonbare) maatregelen (hard- en soft-controls) die functiescheiding borgen. Er zijn door de concessiehouder in 2014 (a) geen (aantoonbare) maatregelen genomen om functiescheiding te borgen. Door (b) de materiële controles in de eerste helft van 2014 te laten uitvoeren door zorginkopers, uit dezelfde regio en inkoopend in hetzelfde domein, zijn inkoop en controle te zeer verweven geraakt.</li> <li>– Het vastleggen dat de manager Materiële Controle eindverantwoordelijk is voor het instellen van vervolgmaatregelen. De concessiehouder geeft aan dat nooit zorginkoop, maar altijd de manager van de regio het laatste woord had bij het instellen van een vervolgmaatregel. Echter, in de praktijk werden medewerkers van zorginkoop zo intensief betrokken bij het bepalen van vervolgacties, dat hun informele invloed groot is.</li> <li>– Het vastleggen dat de afdeling zorginkoop uitsluitend adviserend is ten aanzien van de besluitvorming over vervolgmaatregelen. De concessiehouder geeft aan dat volgens haar is voldaan aan de gestelde eisen, zoals vermeld in de prestatiemeting en dit is bevestigd door het oordeel van Internal Audit. De NZa heeft vastgesteld dat uit de uitkomsten van de detailcontroles naar voren komt dat de vervolgacties niet in alle gevallen zelfstandig zijn bepaald door de (regio)manager, maar dat de stem van zorginkoop in minimaal enkele gevallen zwaarwegend is geweest of de doorslag heeft gegeven. Bovenstaande werkwijze is in strijd met het eigen beleid van de concessiehouder op het gebied van functiescheiding (namelijk dat de zorginkoper niet betrokken is bij de consequentie van de materiële controle).</li> <li>– Het zorgen voor voldoende bewustzijn over (het belang van) functiescheiding bij de medewerkers.</li> </ul> <p>In 2015 heeft de concessiehouder stappen gezet om de functiescheiding te verbeteren, onder meer door geen zorginkopers meer voor de uitvoering van materiële controles in te zetten.</p> <p><b>Aandachtspunt:</b> Het beschikbaar stellen van voldoende capaciteit van zowel uitvoerend personeel als (controle)experts. In 2014 was de formatie met twee à drie fte's beperkt. Ook zijn medewerkers die cruciale functies vervullen vervangen of zijn functies anders ingevuld/vorm gegeven. De concessiehouder heeft hierdoor risico's gelopen.</p>		



Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
<b>B.</b>	<b>Aanpak</b>		
	<p><b>Norm:</b></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 algemene controleplan op zodanige wijze openbaar gemaakt dat die informatie gemakkelijk verkrijgbaar is voor verzekerden en zorgaanbieders.</p> <p>e. De concessiehouder heeft in de controleplannen vastgelegd op welke wijze is omgegaan met procedurele waarborgen, waaronder bepalingen inzake bescherming persoonsgegevens.</p> <p>f. De concessiehouder heeft de uitkomsten uit de materiële controle gespecificeerd in een fouten- en onzekerhedentabel waarin de omvang van de niet gecorrigeerde fouten- en onzekerheden is vermeld.</p> <p>g. De concessiehouder heeft in zijn plan van aanpak opgenomen hoe hij omgaat met geconstateerde onregelmatigheden die hij constateert bij de uitvoering van de materiële controles.</p>	1	0,25
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het aantoonbaar vastleggen van op basis waarvan gekozen is voor de te hanteren percentages en aantallen (bijvoorbeeld minimaal en maximaal aantal te beoordelen dossiers).</li> <li>– Het (aantoonbaar) vastleggen van de processtap 'bepalen specifiek controledoel'. De concessiehouder geeft aan dat in 2014 de werkwijze is gehanteerd dat tijdens het overleg dat aan een controlebezoek voorafging, de medisch adviseur en de medewerker materiële controle, specifieke controledoelen hebben bepaald. Dit kan de concessiehouder echter niet aantonen.</li> <li>– Het tijdig opstellen en openbaar maken van het plan van aanpak.</li> <li>– Het aantoonbaar vastleggen wanneer terugvordering en/of vervolgstappen noodzakelijk zijn. Er is een stroomschema aanwezig waarin is bepaald wanneer een terugvordering moet plaatsvinden. Of het stroomschema altijd (correct) is toegepast kan de concessiehouder niet aantonen.</li> </ul> <p><b>Aandachtspunt:</b> Het toevoegen van datamining expertise aan het controleteam. De concessiehouder is in 2015 gestart met de werving van een dataminer.</p>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
<b>C.</b>	<b>Uitvoering materiële controles</b>		
C.1	<p><b>Norm:</b></p> <p>a. De concessiehouder heeft de uitvoering van de materiële controles gericht op (a) de vraag of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd, (b) of aan de geleverde zorg een indicatiebesluit ten grondslag ligt en (c) of de geleverde zorg voor de verzekerde gelet op het indicatiebesluit passend is.</p> <p>b. De risicoanalyses voor de algemene en specifieke controleplannen zijn uitgevoerd met voldoende reikwijdte en diepgang. Dit houdt in inbreng van deskundigheid uit de verschillende organisatieonderdelen, waaronder in ieder geval zorginkoop, de medisch adviseurs en de coördinator fraudebestrijding, evenals op basis van signalen en klachten.</p> <p>c. Bij de uitvoering van de materiële controles is gebruik gemaakt van de in de controleplannen beschreven mix van controlemiddelen (bestandsanalyses, benchmarking, cijferanalyse, accountantsverklaring over de juistheid van de gedeclareerde productie).</p> <p>d. De concessiehouder heeft de materiële controle 2014 uitgevoerd conform de algemene en specifieke controleplannen.</p> <p>e. De concessiehouder heeft om vast te stellen of gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd gebruik gemaakt van de controle-instrumenten detailcontrole en/of enquête (gericht op risicogebieden).</p> <p>f. De concessiehouder heeft bij de detailcontroles en de enquêtes rekening gehouden met de procedurele waarborgen uit de Regeling zorgverzekering.</p>	3	2
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het aantoonbaar vastleggen waarom in de risicoanalyses gekozen is voor de gehanteerde criteria.</li> <li>– Het aantoonbaar vastleggen waarom de in de risicoanalyses gekozen percentages en aantallen adequaat zijn.</li> </ul> <p><b>Aandachtspunt:</b></p> <p>Het zorgen voor voldoende diepgang door de deskundigen uit de organisatie voldoende gelegenheid te bieden om hun expertise toe te voegen.</p>		
C.2	<p><b>Norm:</b></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	1,75

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het na constatering van de onregelmatigheden (aantoonbaar) onderbouwen van de motivering die aan de te nemen vervolgacties ten grondslag ligt. De rapportage van de concessiehouder toont wel aan dat er een afweging is gemaakt, maar niet dat deze op een consistente en coherente wijze is onderbouwd. Het stroomschema uit het plan van aanpak is niet (altijd) gebruikt of eenduidig ingevuld. De concessiehouder heeft aangegeven dat zij dit proces voor 2015 verder zal verbeteren.</li> <li>– Het verder professionaliseren van de samenwerking tussen het zorgkantoor en de afdeling Speciale Zaken zodat alle van belang zijnde signalen of vermoedens van fraude en risico's ten behoeve van de fraude risico-matrix onderling uitgewisseld worden.</li> </ul>		
<b>D.</b>	<b>Managementsturing en -informatie</b>		
	<p><b>Norm:</b>  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
	<p><b>Aandachtspunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het aantoonbaar sturen door het management op de capaciteit van de afdeling. In 2014 had de afdeling Materiële Controles te maken met (soms forse) capaciteitsproblemen die de continuïteit van de uitvoering bedreigden. In 2015 heeft het team een eigen manager gekregen.</li> <li>– Het naast de kale stuurinformatie (elk kwartaal ontvangt het management een rapportage) ook een rapportage mee te sturen waarin de belangrijkste bevindingen en risico's zijn opgenomen.</li> </ul>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>Maximaal te behalen score: 10</b>	<b>6,5</b>

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Materiële controle voldoende uitgevoerd. De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren.

### 2.11.2 Informatieverzoek 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. Deze cruciale verbeterpunten zijn opgenomen in Hoofdstuk 3. 'Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken'.

De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2012. De concessiehouder heeft aan deze informatieverplichting voldaan. Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder de vereiste verbeteringen heeft gerealiseerd, met dien verstande dat, zoals ook toegelicht is in Hoofdstuk 3. 'Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken', de toepassing van het stroomschema dat de concessiehouder hanteert voor de inzet van vervolgstappen, consequent (consistent en coherent) moet plaatsvinden. Ook zijn er nog enkele aandachtspunten als het gaat om het tijdig

openbaar maken van het controledoel en het bepalen van het specifiek controledoel.

### **2.11.3 Lopend onderzoek zorginstelling**

De NZa heeft in juli 2014 een aangekondigd bedrijfsbezoek gedaan bij een door VGZ Zorgkantoor B.V. 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 (fraude) en oneigenlijk gebruik.

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

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
<b>A.</b>	<b>Organisatie</b>		
	<p><b>Norm:</b></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 functieomschrijvingen.</p> <p>d. De medewerkers moeten beschikken over deskundigheden voor de werkzaamheden in kader van bestrijding van M&amp;O (bijvoorbeeld door opleidingen en/of ervaring).</p> <p>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	1,8
	<p><b>Verbeterpunt:</b></p> <p>Het verder inhoudelijk verbeteren van de structurele samenwerking tussen het zorgkantoor en de afdeling Speciale Zaken zodat alle van belang zijnde signalen of vermoedens van fraude en risico's ten behoeve van de fraude risico matrix onderling uitgewisseld worden.</p> <p>Door de concessiehouder is aangegeven dat hiertoe al stappen zijn gezet in 2015.</p>		
<b>B.</b>	<b>Aanpak</b>		
	<p><b>Norm:</b></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 &amp; Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap en het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële instellingen.</p> <p>b. De concessiehouder heeft in het plan van aanpak opgenomen op welke wijze invulling wordt gegeven aan het Convenant aanpak verzekeringsfraude.</p> <p>c. Het plan van aanpak bevat een transparante risicoanalyse gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ.</p> <p>d. De risico's zijn vertaald naar onderzoeken op risico's en een planning voor de onderzoeken.</p> <p>e. Uit het plan van aanpak blijkt dat de concessiehouder invulling geeft aan wat is bepaald in artikel 7.10 van de Regeling zorgverzekering.</p>	1	0,2

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gereali-seerde score
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het zorgdragen voor een eenduidige afstemming tussen het plan van aanpak van het zorgkantoor, de afzonderlijke risicoanalyses van het zorgkantoor en het plan van aanpak en de fraude risico matrix van de afdeling Speciale Zaken zodat explicieter blijkt uit het plan van aanpak van het zorgkantoor: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. dat voldaan wordt aan de eisen van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap en het Protocol Incidenten-waarschuwingssysteem Financiële instellingen;</li> <li>b. op welke wijze invulling wordt gegeven aan het Convenant aanpak verzekeringsfraude;</li> <li>c. dat deze een transparante risicoanalyse bevat gericht op de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik;</li> <li>d. op welke wijze invulling wordt gegeven aan wat is opgenomen in artikel 7.10 van de Regeling zorgverzekering.</li> </ul> </li> <li>– Het vertalen van risico's naar onderzoek en een planning voor de onderzoeken. In 2014 heeft dit op basis van de fraude risico matrix plaatsgevonden voor één risico. Deze fraude risico matrix is operationeel geworden in 2014 en wordt volgens de concessiehouder voor de AWBZ-onderdelen in 2015 verder geprofessionaliseerd.</li> </ul> <p><b>Aandachtspunt:</b></p> <p>Het voldoende oog hebben voor de taken die het zorgkantoor heeft als het gaat om onderzoek naar fraude en het in het kader van deze taken voldoende aandacht besteden aan fraudeonderzoeken AWBZ (vanaf 2015 Wlz).</p> <p>Door de concessiehouder is aangegeven dat hiertoe al stappen zijn gezet in 2015.</p>		
<b>C.</b>	<b>Uitvoering onderzoeken gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik</b>		
C.1	<p><b>Norm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>b. De concessiehouder heeft in 2014 aantoonbaar bestands- of systeemvergelijkingen uitgevoerd op mogelijke risicogebieden van misbruik en oneigenlijk gebruik.</li> <li>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.</li> <li>d. De concessiehouder heeft in 2014 in voldoende mate aandacht besteed aan signalering, opsporing en afdoening van vermoeden van <b>intern</b> misbruik en oneigenlijk gebruik.</li> </ul>	1,5	0,6
	<p><b>Verbeterpunten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het aantoonbaar inzetten van instrumenten voor bestands- en systeemvergelijkingen.</li> <li>– Het onderzoeken van bevindingen op het terrein van zorg in natura.</li> </ul> <p>Door de concessiehouder is aangegeven dat hiertoe al stappen zijn gezet in 2015.</p>		
C.2	<p><b>Norm:</b></p> <p>De concessiehouder heeft in 2014 bij alle vermoedens van misbruik en oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld.</p>	1	0,5

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het verder professionaliseren van de samenwerking tussen het zorgkantoor en de afdeling Speciale Zaken zodat alle van belang zijnde signalen of vermoedens van fraude en risico's ten behoeve van de fraude risico matrix onderling uitgewisseld worden.</p> <p>Door de concessiehouder is aangegeven dat hiertoe al stappen zijn gezet in 2015.</p>		
C.3	<p><b>Norm:</b> 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"> <li>– terugvorderen onrechtmatig bestede AWBZ/PGB-middelen of het verrekenen van deze middelen met de bevoorschotting of afrekening van zorgaanbieders;</li> <li>– melden van vermoeden van misbruik bij het fraudeloket van het kenniscentrum ZN en registratie in het IVR en het EVR (voor EVR geldt dat dit geen hard toetspunt is gelet op standpunt NVB);</li> <li>– aangifte doen bij de politie of het OM;</li> <li>– melden geconstateerd oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden aan beleidsbepalende organisaties, zoals het Ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland en/of de NZa.</li> </ul>	2	1,5
	<p><b>Toelichting:</b> Het aantal uitgevoerde onderzoeken voor zorg in natura was in 2014 beperkt en heeft niet geleid tot een terugvordering of vervolgacties. Hierdoor is dit onderdeel voor zorg in natura voor 2014 uitsluitend te toetsen op basis van de hiervoor opgestelde richtlijnen en procedures.</p>		
D.	<p><b>Vastlegging signalen</b></p>		
	<p><b>Norm:</b> 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"> <li>– welke signalen van vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik betrekking hebben op de AWBZ;</li> <li>– welke signalen van vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik betrekking hebben op verzekerden en op zorgaanbieders;</li> <li>– in welke mate (aantallen en bedragen) sprake is van daadwerkelijk geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik;</li> <li>– de aard van het misbruik en oneigenlijk gebruik.</li> </ul>	1	0,5
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het realiseren van de geautomatiseerde koppeling tussen de database van het zorgkantoor en de database van de afdeling Speciale Zaken. Hierbij wordt door de NZa ook aandacht gevraagd voor de noodzakelijke waarborgen en randvoorwaarden om de betrouwbaarheid van de gegevens te garanderen.</p> <p>Door de concessiehouder is aangegeven dat de koppeling tussen de databases in 2015 is gerealiseerd.</p>		
E.	<p><b>Managementinformatie</b></p>	0,5	0,3
	<p><b>Norm:</b> 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>		



Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<b>Verbeterpunt:</b> Het aantoonbaar sturen door het management van de concessiehouder op de voortgang, de uitkomsten en vervolgacties betreffende de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik via periodiek overleg of managementinformatie.		
<b>F.</b>	<b>Audit interne of externe accountantsdienst</b>		
	<b>Norm:</b> De interne of externe accountant heeft het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit in 2012, 2013 of 2014 getoetst op naleving. Er is een rapport van bevindingen opgesteld die ingaat op de eisen uit het Protocol en waarbij ook de invulling van de Monitor Fraudebeheersing is beoordeeld.	1	1
	<b>TOTAAL</b>	<b>Maximaal te behalen score: 10</b>	<b>6,4</b>

Bron: NZa

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

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

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

De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2012. De concessiehouder heeft aan deze informatieverplichting voldaan. Uit het onderzoek blijkt dat één cruciaal verbeterpunt, het onderzoeken van bevindingen op het terrein van zorg in natura nog onvoldoende gerealiseerd is. Wel zijn hiertoe in 2014 de eerste stappen gezet.

## **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.	<b>Kwaliteit administratieve organisatie en interne beheersing</b>		
A.1	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt in 2014 over een actuele en volledige beschrijving van de opzet van de AO/IB.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het actueel houden van de procesbeschrijvingen.</i></p> <p>In het onderzoek 2014 heeft de NZa geconstateerd dat er weliswaar actuele werkinstructies zijn maar dat de procesbeschrijvingen niet actueel zijn. Het verbeterpunt is niet gerealiseerd.</p>		
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het actueel houden van de procesbeschrijvingen.</p>		
A.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder beschikt over een voor aanvang van het controlejaar 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><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 waren de volgende verbeterpunten opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Het voor aanvang van het controlejaar opstellen en vaststellen van een overall controleplan.</i></li> <li>– <i>Het in elk (deel)controleplan opnemen van een doelstelling, de timing van controles, het aantal te controleren posten, de selectiewijze en de uit te voeren controlewerkzaamheden.</i></li> <li>– <i>Het in het controleplan PGB opnemen van analyses op oude PGB vorderingen.</i></li> </ul> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat het controleplan niet voor aanvang van het controlejaar was vastgesteld. De overige twee verbeterpunten zijn gerealiseerd.</p>		
	<p><b>Verbeterpunt:</b> Het voor aanvang van het controlejaar vaststellen van een overall controleplan.</p>		
A.3	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft in 2014 interne controlewerkzaamheden overeenkomstig het controleplan uitgevoerd.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het inzichtelijk maken of in voldoende mate voor alle processen controlewerkzaamheden zijn uitgevoerd.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat het verbeterpunt is gerealiseerd.</p>		
B.	<b>Kwaliteit geautomatiseerde gegevensverwerking</b>		

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
B.2	<p><b>Norm:</b> De concessiehouder heeft inzicht in de opzet en het bestaan van de in de applicaties ingebouwde application controls. De concessiehouder heeft de blijvend juiste werking van deze application controls in 2014, bijvoorbeeld via een IT audit, vastgesteld. Er is een schriftelijke vastlegging aanwezig dat het management heeft kennisgenomen van de bevindingen uit de IT audit en zo nodig vervolgacties heeft ingesteld.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken. Tot op heden wordt de blijvende werking van application controls in beperkte mate aangetoond en niet door een IT audit.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt is gerealiseerd. Er is een IT audit uitgevoerd waarin is geconcludeerd dat opzet en bestaan van de application controls voor de zorgkantoor relevante applicaties is vastgesteld. Voor een deel van de applicaties is de continue werking van de application controls niet vastgesteld.</p>		
B.3	<p><b>Norm:</b> Uit de bevindingen en conclusies van de IT audit blijkt dat de concessiehouder in opzet toereikende maatregelen heeft getroffen voor de permanente beschikbaarheid en continuïteit van de geautomatiseerde systemen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende het jaar 2014 hebben gewerkt. Er is een schriftelijke vastlegging aanwezig dat het management heeft kennisgenomen van de bevindingen uit de IT audit en zo nodig vervolgacties heeft ingesteld.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.</p>		
B.4	<p><b>Norm:</b> Uit de bevindingen en conclusies van de IT audit blijkt dat de concessiehouder in opzet toereikende maatregelen heeft getroffen voor de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende het jaar 2014 hebben gewerkt. Er is een schriftelijke vastlegging aanwezig dat het management heeft kennisgenomen van de bevindingen uit de IT audit en zo nodig vervolgacties heeft ingesteld.</p>	n.v.t.	n.v.t.
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits voor de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.</p>		
B.5	<p><b>Norm:</b> Uit de bevindingen en conclusies van de IT audit blijkt dat de concessiehouder in opzet toereikende maatregelen heeft getroffen rondom het change management van de geautomatiseerde systemen, dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende het jaar 2014 hebben gewerkt. Er is een schriftelijke vastlegging aanwezig dat het management heeft kennisgenomen van de bevindingen uit de IT audit en zo nodig vervolgacties heeft ingesteld.</p>	n.v.t.	n.v.t.

Nr.	Toetsingsaspect	Maximale score	Gerealiseerde score
	<p><b>Bevinding:</b> In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits rondom het change management.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.</p>		
	<b>TOTAAL</b>	<b>Maximaal te behalen score: n.v.t.</b>	<b>n.v.t.</b>

Bron: NZa

De concessiehouder moet de vermelde verbeterpunten realiseren.

### 2.13.2 Informatieverzoek cruciale verbeterpunten Administratieve organisatie en interne beheersing

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

De concessiehouder moest de NZa periodiek informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2012. De concessiehouder heeft aan deze informatieverplichting voldaan. Uit het onderzoek blijkt dat de concessiehouder de verbeterpunten heeft gerealiseerd.



### 3. Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken

#### 3.1 Opvolging verbeterpunten 2013

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

**Tabel 18. Verbeterpunten PI 4: Contracteerproces**

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het aantoonbaar maken dat de concessiehouder heeft gecontroleerd dat de cliëntenraad: <ul style="list-style-type: none"> <li>– bij de zorgaanbieder aanwezig is en functioneert;</li> <li>– door de zorgaanbieder is geraadpleegd over de algemene gang van zaken rond de invulling van het zorgplan.</li> </ul>	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het vooraf aan alle zorgaanbieders bieden van duidelijkheid over de inkoopvoorwaarden en de criteria voor het al dan niet hebben van een inkoopgesprek.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
3.	Het in het inkoopbeleid concreet uitwerken welke criteria specifiek voor nieuwe zorgaanbieders gelden, welke criteria gewijzigd worden toegepast voor nieuwe zorgaanbieders en welke niet worden toegepast.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
4.	Het bieden van meer duidelijkheid over de wijze waarop de concessiehouder de landelijke korting op persoonlijke verzorging en begeleiding doorvoert bij elke zorgaanbieder.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
5.	Het in het contracteerbeleid benoemen van de vormen van onderaanneming, die de concessiehouder als zodanig onderscheidt.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd
6.	Het in het contracteerbeleid duidelijk opnemen van de wijzigingen in het beleid ten opzichte van het voorgaande jaar.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
7.	Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder zich houdt aan de leveringsvoorwaarden betreffende het ontruimen van de leefruimte na overlijden.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
8.	Het aantoonbaar systematisch controleren of de zorgaanbieder in zijn publieksvoorlichting duidelijk is over zijn ontruimingsbeleid bij overlijden.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.

Bron: NZa

**Tabel 19. Verbeterpunten PI 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB**

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het zichtbaar vastleggen van de audit trail van de uitgevoerde werkzaamheden door alle medewerkers over alle punten die bij de aanvraag van een PGB worden vastgesteld. Daarnaast verdient het de aanbeveling de terugkoppeling over deze punten door de tweede beoordelaar (vier-ogen principe) toetsbaar vast te leggen.	Dit verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.  Er zijn checks uitgevoerd, echter een en ander is onvoldoende zichtbaar vastgelegd. De zichtbaarheid en aantoonbaarheid zal de concessiehouder in 2015 verder oppakken en borgen.
2.	Het opstellen van een risicoanalyse en intern controleplan die zijn gericht op het selecteren van verantwoordingsformulieren met onjuiste en onrechtmatige uitgaven. Ook moet de concessiehouder in het controleplan aandacht besteden aan de bestandsanalyses en de onderbouwing voor de aard, omvang en diepgang van de controles.	Dit verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.  Dit verbeterpunt is onvoldoende opgevolgd en heeft geleid tot de formulering van enkele nieuwe verbeterpunten. Hiervoor wordt verwezen naar onderdeel C.1 van paragraaf 2.9 Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB.
3.	Het zichtbaar vastleggen van de handmatige controles van de globale controle.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd.
4.	Het zichtbaar vastleggen van de uitkomsten van de automatische controle en welke declaraties hiervan later zijn teruggeroepen, zodat inzicht verkregen kan worden in de effectiviteit en efficiency van de geautomatiseerde controles (per item).	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd.
5.	Het periodiek uitvoeren van bestandsanalyses op de gehele populatie budgethouders waarbij wordt vastgesteld of een opname- of ontslagmelding voor verblijf is ontvangen van zorgaanbieders.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
6.	Het in alle gevallen adequaat opvolgen van bevindingen uit de huisbezoeken en het tijdig inzetten van vervolgacties.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
7.	Het tijdig aanleveren van de aanvraag tot vaststelling van de subsidie 2013 inclusief de accountantsverklaring, dat wil zeggen voor 1 juli 2014, aan Zorginstituut Nederland.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.

Bron: NZa



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

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het verbeteren en verder professionaliseren van de betrokkenheid van de afdeling Speciale Zaken bij tenminste de opzet van de risicoanalyse en de evaluatie van de controleresultaten.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.  Het beleggen van de verantwoordelijkheid voor de bestrijding van fraude in drie lijnen (eerstelij: fraudecontactpersoon, tweedelij: projectcoördinator fraudebestrijding, derdelij: Speciale Zaken Zorg), betekent dat er goede afstemming en coördinatie nodig is. De procedures en richtlijnen daarvoor ontbraken in 2014 bij de concessiehouder. Het inhoudelijk verbeteren van de samenwerking tussen de afdeling Materiële Controle en de afdeling Speciale Zaken blijft een verbeterpunt (zie ook onderdeel C.2 van Tabel 15 'Prestatiemeting 2014 Materiële controle'.
2.	Het tijdig vaststellen en openbaar maken van het controleplan.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd.
3.	Het aantoonbaarder vastleggen van enkele stappen (zie Rapport Uitvoering AWBZ 2013 VGZ Zorgkantoor B.V.) in het proces materiële controle en welke afwegingen hierbij in welke fase van het proces gemaakt moeten worden.	Dit verbeterpunt is gedeeltelijk gerealiseerd.  De volgende stappen zijn nog onvoldoende aantoonbaar vastgelegd: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Het aantoonbaar vastleggen in het controleplan van de fasegewijze aanpak van algemeen plan naar specifiek plan naar detailcontroles (bepalen specifiek controledoel).</li> <li>– Het aantoonbaar vastleggen van op basis waarvan gekozen is voor de te hanteren percentages en aantallen. De concessiehouder heeft aangegeven dat dit verbeterpunt door de zorgkantoren voor het verslagjaar 2014 nog niet is opgelost. De concessiehouder zal dit verbeterpunt met ingang van boekjaar 2015 opvolgen.</li> <li>– Het aantoonbaar vastleggen wanneer terugvordering en/of vervolgstappen noodzakelijk zijn. Er is op papier een stroomschema dat bepaalt wanneer terugvordering plaatsvindt. Of het stroomschema altijd (correct) is toegepast is niet aangetoond door de concessiehouder.</li> </ul>
4.	Het aantoonbaar onderbouwen waarom in de algemene risicoanalyse is gekozen voor de gehanteerde criteria ter bepaling of nader onderzoek noodzakelijk is.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.  Een aandachtspunt is wel het motiveren van de gekozen risico's. Behalve een erg generieke verwijzing naar "de risicoanalyse en het risicoprofiel" is er geen specifieke argumentatie te vinden in het plan van aanpak voor de keuze van de criteria. Daarnaast tellen de wegingsfactoren ieder even zwaar mee, terwijl dat niet logisch is. De concessiehouder geeft aan dat dit in 2015 zal veranderen.
5.	Het volledig en tijdig uitvoeren van alle controles.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
6.	Het verbeteren van de aantoonbaarheid dat er financiële consequenties zijn verbonden aan geconstateerde bevindingen.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.  In het plan van aanpak en de bijbehorende documentatie is een stroomschema opgenomen (over de toepassing van dit stroomschema is in dit rapport een verbeterpunt opgenomen).

Bron: NZa

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

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het zodanig inrichten van de organisatie dat fraudesignalen (PGB én zorg in natura) op structurele basis met de fraudecoördinator worden besproken.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het zelfstandig bepalen van de noodzaak tot instellen van onderzoeken op risicogebieden in de AWBZ.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd. Hierbij merkt de NZa op dat de formalisering in de functiebeschrijving van de medewerkers van de afdeling Speciale Zaken heeft plaatsgevonden in 2015.
3.	Het opstellen van een actueel en gestructureerd plan van aanpak en risicoanalyse gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ, voor wat betreft zorg in natura.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd. Hierbij merkt de NZa op dat het plan van aanpak nog verder geprofessionaliseerd moet worden. Ook moet duidelijk de samenhang blijken tussen het plan van aanpak en de frauderisicomatrix van de afdeling Speciale Zaken.
4.	Het (verder) ontwikkelen van een risicoanalyse gericht op interne fraude.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
5.	Het onderzoeken van bevindingen op het terrein van zorg in natura.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd.
6.	Het aantoonbaar inzetten van instrumenten voor bestands- en systeemvergelijkingen. De concessiehouder kent nog geen automatiseringstools voor datamining.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd. Door de concessiehouder is aangegeven dat datamining en -onderzoek in 2015 verder ontwikkeld en toegepast wordt.
7.	Het melden van vermoedens van fraude op het terrein van zorg in natura aan de afdeling Speciale zaken.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
8.	Het betrekken van de coördinator fraudebestrijding bij uitkomsten uit de intensieve en materiële controle.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
9.	Het periodiek (maandelijks dan wel per kwartaal) informeren van het management over de uitgevoerde werkzaamheden.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.

Bron: NZa

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

Nr.	Verbeterpunten 2013	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het actueel houden van de procesbeschrijvingen.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd.
2.	Het voor aanvang van het controlejaar opstellen en vaststellen van een overall controleplan.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd.
3.	Het in elk (deel)controleplan opnemen van een doelstelling, de timing van controles, het aantal te controleren posten, de selectiewijze en de uit te voeren controlewerkzaamheden.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
4.	Het in het controleplan PGB opnemen van analyses op oude PGB vorderingen.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
5.	Het inzichtelijk maken of in voldoende mate voor alle processen controlewerkzaamheden zijn uitgevoerd.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
6.	Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
7.	Het zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits voor de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
8.	Het zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits rondom het change management.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
9.	Het zichtbaar opnemen van een schriftelijke reactie van het management bij de vastleggingen van de IT-audits rondom AZR.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.

Bron: NZa

### 3.2 Opvolging verbeterpunten 2012

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

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

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

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

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het opstellen van een controleplan dat voldoet aan de in de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars gestelde betrouwbaarheids- en nauwkeurigheidseisen. Verder moet het controledoel vooraf worden vastgesteld.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.  Hierbij merkt de NZa op dat er nog verbeterpunten zijn opgenomen over 2014 die betrekking hebben op het tijdig openbaar maken van het controledoel en het bepalen van het specifiek controledoel.
2.	Het tijdig uitvoeren van het controleplan.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
3.	Het verbinden van financiële consequenties aan geconstateerde bevindingen in lijn met de doelstelling voor uitvoering van materiële controle. De concessiehouder moet de afwegingen voor het inzetten van beschreven consequenties in het plan van aanpak vastleggen.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.  In het plan van aanpak en de bijbehorende documentatie is een stroomschema opgenomen. Over de toepassing van dit stroomschema is in dit rapport een verbeterpunt opgenomen.

Bron: NZa

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

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het beschikken over een plan van aanpak en risicoanalyse voor zorg in natura.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het onderzoeken van bevindingen op het terrein van zorg in natura.	Dit verbeterpunt is niet gerealiseerd.

Bron: NZa

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

Nr.	Verbeterpunten 2012	Toelichting opvolging verbeterpunt
1.	Het opstellen van een overall controleplan waarin alle controles staan beschreven voor alle AWBZ schades. De kwaliteitscontroles zijn nu alleen gericht op rolstoelpooling, overige hulpmiddelen, tandheelkunde, bruikleen, verkeerd bed (klassiek) en PGB en gaan niet in op zorg met en zonder verblijf en dagbesteding en vervoer.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
2.	Het aantoonbaar vastleggen of in voldoende mate voor alle processen (waaronder zorg met en zonder verblijf en dagbesteding en vervoer) controlewerkzaamheden zijn uitgevoerd.	Dit verbeterpunt is gerealiseerd.
3.	Het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken. Op dit moment wordt dit in beperkte mate aangetoond en niet aangetoond door een IT audit. De aantoonbaarheid is hierdoor beperkt.	Dit 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

In tabel 26 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 € 23.904.000 betreft het totaal van de voorlopige beschikking van Zorginstituut Nederland (€ 20.928.000), een door de concessiehouder opgenomen schatting voor de nadere vaststelling van het budget (€ 1.687.000) en een opgenomen reorganisatievoorziening vanwege de Hervorming Langdurige Zorg (€ 1.289.000).

Dit opgenomen bedrag is niet bepaald volgens de voorschriften zoals deze zijn opgenomen in het Model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2014 Concessiehouders. 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 (€ 22.468.000) opgenomen, zoals bepaald door Zorginstituut

Nederland. De concessiehouder moet dit corrigeren in zijn financiële verantwoording 2015.

**Tabel 26. Beheerskosten en wettelijke reserve AWBZ**

Kerngegevens concessiehouder	2014	2013
Budget beheerskosten AWBZ verslagjaar (x € 1.000)	22.468 <sup>5</sup>	20.569
Beheerskosten AWBZ verslagjaar (x € 1.000)	18.333 <sup>6</sup>	17.239
Budgetresultaat beheerskosten AWBZ verslagjaar (x €1.000)	4.135	3.330
Wettelijke reserve AWBZ ultimo jaar (x € 1.000)	4.494 <sup>7</sup>	4.113
Mutatie beheerskosten ten opzichte van voorgaand jaar in %	6,3%	-/- 11,8%
Wettelijke reserve AWBZ als percentage van het budget beheerskosten AWBZ boekjaar	20%	20%

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

De beheerskosten zijn in 2014 ten opzichte van 2013 met 6,3% (€ 1.094.000) 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. Het project trekkingsrechten PGB heeft in 2014 ook geleid tot extra kosten. De loon- en prijsontwikkelingen zijn in 2014 negatief.

#### *Budgetresultaat*

Het budgetresultaat zoals opgenomen in de financiële verantwoording van de concessiehouder bedraagt € 3.829.000 en bestaat uit de afrekening 2013 van de beheerskosten voor een bedrag van -/- € 453.000 en het budgetresultaat over 2014 van € 4.282.000. Het gecorrigeerde budgetresultaat over 2014 bedraagt € 4.135.000. Het budgetresultaat in 2013 bedroeg € 3.330.000.

#### *Voorwaardelijke beheerskosten budgetten*

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

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

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

<sup>5</sup> Dit betreft het budget beheerskosten 2014 zoals bepaald in de nadere vaststelling van Zorginstituut Nederland.

<sup>6</sup> Dit betreffen de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten van € 19.622.000 minus het opgenomen bedrag van € 1.289.000 voor de opgenomen reorganisatievoorziening die betrekking heeft op de voorwaardelijke beheerskosten budgetten.

<sup>7</sup> Dit betreft de wettelijke reserve AWBZ na correctie van het budgetresultaat beheerskosten 2014.

### *Wettelijke reserve AWBZ*

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2014, zoals opgenomen in de financiële verantwoording van de concessiehouder bedraagt € 4.522.000. De gecorrigeerde wettelijke reserve AWBZ bedraagt per 31 december 2014 maximaal € 4.494.000. De wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2013 bedroeg € 4.113.000.

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

In artikel 4.6 van het Besluit Wfsv is bepaald dat de reserve uitvoering AWBZ ultimo enig jaar voor verbindingskantoren maximaal 20 procent van het beheerskostenbudget voor dat jaar mag bedragen. Indien Zorginstituut Nederland vaststelt dat de reserve het gestelde maximum te boven gaat, dient de concessiehouder het door Zorginstituut Nederland vastgestelde bedrag van de overschrijding binnen vier weken in het AFBZ te storten. De NZa constateert dat de wettelijke reserve AWBZ van de concessiehouder per 31 december 2014 meer dan 20% van het beheerskostenbudget bedraagt zodat terugstorting van het meerdere boven de 20% aan de orde is. De concessiehouder heeft het af te storten bedrag al in het financieel verslag 2014 verwerkt. Het af te storten bedrag moet door de concessiehouder nog gecorrigeerd worden voor het door de NZa gecorrigeerde budgetresultaat.

### *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 in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten over 2014 van € 19.622.000 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 € 1.289.000. 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.

De NZa concludeert dat het opgenomen budget beheerskosten 2014 in de financiële verantwoording 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.

## **4.2.5 Opvolging onderzoek 2013**

De NZa heeft in het onderzoek 2013 geconcludeerd dat in 2012 een bedrag van € 16.000 aan PGB schaden ten laste van de wettelijke reserve AWBZ is gebracht. Dit was onjuist. De concessiehouder heeft deze fout

gecorrigeerd in de financiële verantwoording 2014. Hiermee is het onderzoek over 2013 afgedaan.

Door Zorginstituut Nederland was een bedrag van € 203.000 aan schaden gecorrigeerd op de stand van de wettelijke reserve AWBZ 2011. Dit was onjuist. De concessiehouder heeft deze fout gecorrigeerd in de financiële verantwoording 2014. 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 27 zijn de kerngegevens opgenomen over de bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ.



**Tabel 27 Bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ**

<b>Kerngegevens concessiehouder</b>	<b>2014 (x € 1.000)</b>	<b>2013 (x € 1.000)</b>
<b>Bedrijfsopbrengsten AWBZ</b>		
Vergoeding zorgaanpakken via CAK	3.218.897	3.192.525
Budget beheerskosten AWBZ	22.015 <sup>8</sup>	20.708
Rentevergoedingen AFBZ bij afrekeningen	1	2
Overige renteopbrengsten	16	0
Vergoeding AFBZ rechtstreeks met Zorginstituut Nederland te verrekenen kosten en baten (saldo)	3	705
(-/-) Eigen bijdragen via nevenincasso	0	0
Overige opbrengsten en vergoedingen van derden	0	0
<b>Totaal bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies</b>	<b>3.240.932</b>	<b>3.213.940</b>
Subsidies	372.267	369.174
<b>Totaal subsidies</b>	<b>372.267</b>	<b>369.174</b>
<b>Totaal bedrijfsopbrengsten AWBZ</b>	<b>3.613.199</b>	<b>3.583.114</b>
<b>Bedrijfslasten AWBZ</b>		
Bruto schaden AWBZ via het CAK	3.187.135	3.144.036
Bruto schaden AWBZ niet via het CAK	3	708
Bruto schaden AWBZ via het CAK voorgaande jaren	31.762	48.489
Bruto schaden AWBZ niet via het CAK voorgaande jaren	0	0 <sup>9</sup>
<b>Totaal schaden AWBZ exclusief subsidies</b>	<b>3.218.900</b>	<b>3.193.233</b>
Kosten subsidieregelingen	410.946	408.817
Kosten subsidieregelingen voorgaande jaren	-/- 38.679	-/- 39.643
<b>Totaal kosten subsidieregelingen</b>	<b>372.267</b>	<b>369.174</b>
<b>Totaal schaden AWBZ</b>	<b>3.591.167</b>	<b>3.562.407</b>
Totaal bedrijfskosten	18.333 <sup>10</sup>	17.239
<b>Totaal bedrijfslasten AWBZ</b>	<b>3.609.500</b>	<b>3.579.646</b>
<b>Resultaat</b>	<b>3.699</b>	<b>3.468</b>

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

<sup>8</sup> Dit betreft de nadere vaststelling van het budget beheerskosten 2014 zoals vastgesteld door Zorginstituut Nederland van € 22.468.000 en de afrekening beheerskosten 2013 voor een bedrag van -/- € 453.000.

<sup>9</sup> Dit is exclusief het af te storten bedrag van € 2.733.000 als gevolg van de overschrijding van de wettelijke reserve AWBZ van de 20 procent norm en de afrekening beheerskosten 2012 van € 139.000.

<sup>10</sup> Dit betreffen de in de financiële verantwoording opgenomen beheerskosten van € 19.622.000 min het opgenomen bedrag van € 1.289.000 voor de opgenomen reorganisatievoorziening die betrekking heeft op de voorwaardelijke beheerskosten budgetten.

### *Subsidies*

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

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

#### **4.3.3 Oordeel NZa**

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies voor een bedrag van € 3.240.932.000 en de schaden AWBZ exclusief subsidies voor een bedrag van € 3.218.900.000 over 2014 rechtmatig zijn, met uitzondering van de hierna opgenomen onrechtmatigheden en onzekerheden over de rechtmatigheid.

#### **4.3.4 Onrechtmatigheden in de verantwoording 2014**

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2014 onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ zijn geconstateerd voor een bedrag van € 1.272.000. Deze onrechtmatigheden hebben voor een bedrag van € 835.000 betrekking op uitgevoerde materiële controles. Een bedrag van € 437.000 heeft betrekking op uitgevoerde controles PGB. De NZa merkt op dat in 2014 de NZa geen rol heeft in de vaststelling van de rechtmatigheid van de subsidies PGB.

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

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.

#### **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 € 2.875.000. Dit bedrag heeft betrekking op onzekerheden als gevolg van:

- uitgevoerde achterafcontroles AW319, voor een bedrag van € 759.000;
- uitgevoerde materiële controles, voor een bedrag van € 1.905.000;
- vermelde onzekerheden in de (accountantsverklaringen bij de) nacalculatieopgaven voor een bedrag van € 211.000.

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 totaalbedrag van € 255.000. De concessiehouder moest deze

bedragen corrigeren. De NZa concludeert dat de concessiehouder de onrechtmatige schaden heeft gecorrigeerd voor een bedrag van € 230.000.

Het onderzoek 2013 is hiermee niet afgedaan. De concessiehouder moet het resterende bedrag van € 25.000 corrigeren in de financiële verantwoording 2015 en zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2015.



## 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 niet geheel conform het Model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2014 Concessiehouders. Niet alle onderwerpen in het uitvoeringsverslag zijn volledig behandeld. Dit betreft de volgende onderwerpen:

- Bij het bewaken van de tijdige zorgverlening wordt onvoldoende aandacht besteed aan de uitkomsten van de outcome-indicatoren voor wachtlijsten.
- De afspraken met betrekking tot spoedzorg zijn onvoldoende uitgewerkt.
- De doorlooptijden bij de afhandeling van het PGB worden niet uitgebreid toegelicht met betrekking tot de outcome gerichte indicatoren.
- In tabel 8 van de outcome gerichte indicatoren is geen scheiding tussen de actief en urgent wachtenden aangebracht.
- Tabel 13 met betrekking tot de indicator tijdige afhandeling PGB is niet volledig ingevuld. De concessiehouder geeft aan dat geen representatieve gegevens beschikbaar zijn. Een verdere toelichting op de methodiek wordt niet gegeven.

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

- In de tekst van de bestuurlijke verantwoording wordt niet verwezen naar de post huisbezoeken PGB.

- Onvoldoende blijkt hoe de functiescheiding bij de uitvoering van de materiële controles wordt gewaarborgd.
- Informatie over het controles via verzekerden ontbreken.
- De bevindingen over de gevoerde materiële controles ontbreken. Alleen informatie over het gevolgde proces is opgenomen.
- De bevindingen over de uitgevoerde onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik voor zorg in natura ontbreken.
- Een specificatie van de signalen met betrekking tot misbruik en oneigenlijk gebruik naar verzekerden/zorgaanbieders ontbreekt. Hierbij moet verder worden benoemd of het misbruik en oneigenlijk gebruik ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden en wat de aard is van het misbruik of oneigenlijk gebruik.
- De risicogebieden bij zorg in natura waarop de signalen van misbruik en oneigenlijk gebruik zijn ontvangen en de werkzaamheden en uitkomsten van de werkzaamheden naar aanleiding van deze signalen ontbreken.
- Informatie over in welk jaar een accountant het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit heeft getoetst ontbreekt.
- Bevindingen van een accountant in relatie tot de eisen uit het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit en de beoordeling van de invulling van de Monitor Fraudebeheersing ontbreekt.

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

## 5.6 Financiële verantwoording

De financiële verantwoording is niet volledig opgesteld volgens het Model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2014 Concessiehouders. De concessiehouder heeft het budget beheerskosten 2014 AWBZ en het verloop van de wettelijke reserve AWBZ niet verantwoord conform het Model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2014 Concessiehouders.

Verder vraagt de NZa aandacht voor de volledigheid en juistheid van de foutentabel die door de concessiehouder is opgenomen in de bestuursverklaring bij de financiële verantwoording.

De concessiehouder moet de financiële verantwoording en de hierbij horende bestuursverklaring 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 2014 Concessiehouders.

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.