

Rapport

Uitvoering AWBZ 2014

Concessiehouder

Zorgkantoor DSW B.V.

November 2015

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| 1. Samenvatting | 5 |
| 1.1 Inleiding | 5 |
| 1.2 Opzet onderzoek 2014 | 5 |
| 1.3 Samenvattend oordeel uitvoering 2014 | 7 |
| 1.3.1 Uitvoering AWBZ 2014 | 7 |
| 1.3.2 Goede processen 2014 | 8 |
| 1.3.3 Overige verbeterpunten | 9 |
| 1.4 Opvolging verbeterpunten | 9 |
| 1.4.1 Opvolging verbeterpunten 2013 | 9 |
| 1.4.2 Opvolging verbeterpunten 2012 | 9 |
| 1.5 Oordeel NZa over de rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014 | 9 |
| 1.5.1 Wettelijke reserve en beheerskosten 2014 | 9 |
| 1.5.2 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2014 | 9 |
| 1.5.3 Opvolging onderzoek 2013 | 9 |
| 1.6 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014 | 10 |
| 1.7 Tijdigheid verantwoordingsinformatie 2014 | 10 |
| 2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2014 | 11 |
| 2.1 Inleiding | 11 |
| 2.2 Prestatie-indicator 1: Zorg in natura | 11 |
| 2.2.1 Prestatiemeting Zorg in natura | 11 |
| 2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura | 18 |
| 2.3 Prestatie-indicator 2: Persoonsgebonden budget | 20 |
| 2.3.1 Prestatiemeting Persoonsgebonden budget | 20 |
| 2.3.1.1 Reactie concessiehouder | 24 |
| 2.3.1.2 Reactie NZa | 24 |
| 2.4 Prestatie-indicator 3: Klachtenbehandeling | 25 |
| 2.4.1 Prestatiemeting Klachtenbehandeling | 25 |
| 2.4.2 Verdiepende vragen onderzoek Klachtenbehandeling | 28 |
| 2.5 Prestatie-indicator 4: Contracteerproces | 29 |
| 2.5.1 Prestatiemeting Contracteerproces | 29 |
| 2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces | 29 |
| 2.6 Prestatie-indicator 5: Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte | 30 |
| 2.6.1 Prestatiemeting Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte | 30 |
| 2.6.2 Verdiepende vragen onderzoek Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte | 30 |
| 2.7 Prestatie-indicator 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening | 31 |
| 2.7.1 Prestatiemeting Innovatie en kwaliteit zorgverlening | 31 |
| 2.7.2 Verdiepende vragen onderzoek Innovatie en kwaliteit zorgverlening | 33 |
| 2.8 Prestatie-indicator 7: Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura | 33 |
| 2.8.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura | 33 |
| 2.8.2 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura | 35 |
| 2.9 Prestatie-indicator 8: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB | 36 |
| 2.9.1 Prestatiemeting Administratie op verzekerdenniveau voor PGB | 36 |
| 2.9.2 Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB | 39 |
| 2.9.3 Verdiepende vragen onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor PGB | 40 |
| 2.10 Prestatie-indicator 9: Monitoring continuïteit zorgverlening | 40 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 2.10.1 | Prestatiemeting Monitoring continuïteit zorgverlening | 40 |
| 2.10.2 | Verdiepende vragen onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening | 42 |
| 2.11 | Prestatie-indicator 10: Materiële controle | 44 |
| 2.11.1 | Prestatiemeting Materiële controle | 44 |
| 2.11.1.1 | Reactie concessiehouder | 47 |
| 2.11.1.2 | Reactie NZa | 48 |
| 2.12 | Prestatie-indicator 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik | 48 |
| 2.12.1 | Prestatiemeting Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik | 48 |
| 2.12.2 | Best Practice | 51 |
| 2.13 | Prestatie-indicator 12: Administratieve organisatie en interne beheersing | 51 |
| 2.13.1 | Prestatiemeting Administratieve organisatie en interne beheersing | 51 |
| 3. | Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken | 55 |
| 3.1 | Opvolging verbeterpunten 2013 | 55 |
| 3.2 | Opvolging verbeterpunten 2012 | 55 |
| 4. | Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014 | 57 |
| 4.1 | Inleiding | 57 |
| 4.2 | Wettelijke reserve en beheerskosten 2014 | 57 |
| 4.2.1 | Inleiding | 57 |
| 4.2.2 | Bevindingen | 57 |
| 4.2.3 | Oordeel NZa | 59 |
| 4.2.4 | Opvolging onderzoek 2013 | 59 |
| 4.3 | Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2014 | 59 |
| 4.3.1 | Inleiding | 59 |
| 4.3.2 | Bevindingen | 59 |
| 4.3.3 | Oordeel NZa | 61 |
| 4.3.4 | Onrechtmatigheden in de verantwoording 2014 | 61 |
| 4.3.5 | Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2014 | 61 |
| 4.3.6 | Opvolging onderzoek 2013 | 61 |
| 5. | Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014 | 63 |
| 5.1 | Inleiding | 63 |
| 5.2 | Tijdigheid | 63 |
| 5.3 | Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken | 63 |
| 5.4 | Uitvoeringsverslag | 63 |
| 5.5 | Bestuurlijke verantwoording | 63 |
| 5.6 | Financiële verantwoording | 64 |
| 5.7 | Accountantsproducten | 64 |

1. Samenvatting

1.1 Inleiding

Op grond van artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) belast met toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) door concessiehouders/zorgkantoren.

In dit rapport heeft de NZa haar bevindingen opgenomen van het onderzoek naar de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ over 2014.

De concessiehouder Zorgkantoor DSW B.V. voerde de AWBZ in 2014 uit voor de volgende zorgregio's:

- Delft Westland Oostland;
- Nieuwe Waterweg Noord.

Met de inwerkingtreding van de Wet langdurige zorg (Wlz) per 1 januari 2015 is de uitvoeringsstructuur van de AWBZ/Wlz substantieel gewijzigd. De NZa is op grond van artikel 16 Wmg, per 1 januari 2015 belast met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz. De NZa vindt het van het grootste belang dat de uitvoering van de Wlz in 2015 zo snel mogelijk op orde is. De NZa verwacht van de Wlz-uitvoerders dat zij zich maximaal inspannen om hun processen zodanig aan te passen dat zij Wlz-proof zijn. Dat laat onverlet dat zij het jaar 2014 goed moeten afsluiten. Consumenten moeten de zekerheid hebben dat de AWBZ in 2014 goed is uitgevoerd en de Wlz in 2015.

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

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

Wij hebben Zorgkantoor DSW 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 aangegeven bedenkingen te hebben tegen de openbaarmaking van een aantal in het rapport opgenomen bedragen met betrekking tot de verklaring van de stijging van de beheerskosten. Deze getallen zijn inmiddels komen te vervallen in het rapport.

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 NZa heeft alle prestatie-indicatoren gedeeltelijk dan wel integraal onderzocht. De te onderzoeken prestatie-indicatoren raken de drie prestatievelden: service aan cliënten, zorginkoop- en contractering en moderne administratieve organisatie.

De volgende twee prestatie-indicatoren zijn integraal onderzocht:

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

De volgende tien prestatie-indicatoren zijn gedeeltelijk onderzocht:

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

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

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

In de praktijk worden concessiehouders geconfronteerd met diverse uitvoeringsaspecten die te maken hebben met de invoering van de Wlz. De NZa heeft deze knelpunten geïnventariseerd en daarbij in beeld gebracht hoe deze knelpunten zijn opgepakt.

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

Tot slot heeft de NZa, evenals voorgaande jaren, de rechtmatigheid van uitgaven en ontvangsten van de concessiehouders (inclusief beheerskosten AWBZ) onderzocht. De NZa heeft beoordeeld of de door de externe accountant verrichte werkzaamheden toereikend waren voor het afgeven van zijn accountantsoordeel.

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

Verder heeft de NZa aandacht besteed aan het functioneren van de keten. De mate waarin de werkzaamheden van de externe accountant van de concessiehouder en de externe accountant van de zorgaanbieder elkaar aanvullen, heeft daarbij de bijzondere aandacht gehad. Daarnaast wordt extra aandacht besteed aan de aansluiting tussen de goedgekeurde declaraties (op cliëntniveau) en de verantwoorde productie in de nacalculatieformulieren.

1.3 Samenvattend oordeel uitvoering 2014

1.3.1 Uitvoering AWBZ 2014

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

Tabel 1. Samenvattend oordeel over uitvoering AWBZ in 2014

| Prestatie-indicatoren AWBZ | Paragraaf | Oordeel 2014 ¹ | Maximale score 2014 | Score 2014 |
|--|----------------------|---------------------------|---------------------|--------------|
| Prestatieveld 1: Service aan cliënten | | | | |
| 1. Zorg in natura | Zie paragraaf 2.2.1 | n.v.t. | 2,75 | 2,65 |
| 2. Persoonsgebonden budget | Zie paragraaf 2.3.1 | n.v.t. | 8 | 6,4 |
| 3. Klachtenbehandeling | Zie paragraaf 2.4.1 | n.v.t. | 6,25 | 6,25 |
| Prestatieveld 2: Zorginkoop en contractering | | | | |
| 4. Contracteerproces | Zie paragraaf 2.5.1 | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. |
| 5. Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte | Zie paragraaf 2.6.1 | n.v.t. | 2 | 2 |
| 6. Innovatie en kwaliteit zorgverlening | Zie paragraaf 2.7.1 | n.v.t. | 6 | 6 |
| Prestatieveld 3: Moderne administratieve organisatie | | | | |
| 7. Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura | Zie paragraaf 2.8.1 | n.v.t. | 7,5 | 7,5 |
| 8. Administratie op verzekerdenniveau voor Persoonsgebonden budget | Zie paragraaf 2.9.1 | n.v.t. | 7 | 7 |
| 9. Monitoring continuïteit zorgverlening | Zie paragraaf 2.10.1 | n.v.t. | 2,75 | 2,75 |
| 10. Materiële controle | Zie paragraaf 2.11.1 | G | 10 | 8,9 |
| 11. Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik | Zie paragraaf 2.12.1 | G | 10 | 10 |
| 12. Administratieve organisatie en interne beheersing | Zie paragraaf 2.13.1 | n.v.t. | n.v.t. | n.v.t. |
| Totaal | | | 62,25 | 59,45 |

Bron: NZa

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

1.3.2 Goede processen 2014

Zorgkantoor DSW B.V. heeft de processen Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik op goede wijze uitgevoerd.

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

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 geen verbeterpunten opgenomen, omdat de concessiehouder alle beoordeelde prestatie-indicatoren over 2013 goed heeft uitgevoerd.

1.4.2 Opvolging verbeterpunten 2012

Ook heeft de NZa in het rapport uitvoering AWBZ 2013 de opvolging van eventuele cruciale verbeterpunten 2012 beoordeeld. Bij de concessiehouder was geen sprake van cruciale verbeterpunten 2012 die nog opgevolgd moesten worden.

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 ad € 8.512.000 rechtmatig zijn. De voorwaardelijke budgetten die zijn toegekend in de nadere aanwijzing besteedbare middelen beheerskosten AWBZ zijn geen onderdeel van dit onderzoek. Hierover zal nog een separate verantwoording plaatsvinden.

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

1.5.2 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2014

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies (€ 669.519.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 660.552.000) over 2014 rechtmatig zijn.

De NZa concludeert op basis van de bevindingen in hoofdstuk 4 dat er over 2014 geen onrechtmatige uitgaven / ontvangsten zijn geconstateerd.

1.5.3 Opvolging onderzoek 2013

Bij haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2013 heeft de NZa geen onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ geconstateerd.

De NZa heeft ook geen onzekerheden over de rechtmatigheid geconstateerd met betrekking tot de bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ.

1.6 Kwaliteit verantwoordingsinformatie 2014

De NZa concludeert op basis van de bevindingen in hoofdstuk 5 dat de concessiehouder in het uitvoeringsverslag en de bestuurlijke verantwoording niet alle aspecten met voldoende diepgang heeft behandeld. De financiële verantwoording is nagenoeg volledig. De concessiehouder moet de verantwoordingen en de hierbij horende bestuursverklaringen opstellen volgens de eisen van het Model Uitvoeringsverslag en financieel verslag 2015 Wlz-uitvoerders.

1.7 Tijdigheid verantwoordingsinformatie 2014

De verantwoordingsdocumenten 2014 zijn tijdig ontvangen.

2. Onderzoek uitvoering AWBZ 2014

2.1 Inleiding

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

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

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

Onder de tabellen is voor alleen de integraal onderzochte prestatie-indicatoren het oordeel opgenomen. Bij een voldoende score moet de concessiehouder de genoemde verbeterpunten doorvoeren. Bij een goede score adviseert de NZa de concessiehouder de (eventueel) genoemde verbeterpunten door te voeren.

De NZa heeft verder verdiepende vragen gesteld over de stand van zaken op het moment van het onderzoek, knelpunten en mogelijke oplossingen die betrekking hebben op de onderzochte prestatie-indicatoren. In de betreffende paragrafen vermeldt de NZa de uitkomsten van verdiepende vragen met betrekking tot de betreffende prestatie-indicator. De uitkomsten hiervan tellen niet mee in de prestatiemeting, maar zijn bedoeld om beleidsinformatie te genereren.

2.2 Prestatie-indicator 1: Zorg in natura

2.2.1 Prestatiemeting Zorg in natura

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

Tabel 2. Prestatiemeting 2014 Zorg in natura

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

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|--|---|-------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|--|--|-------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|--|---|-------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|---------------------------|------|--------|--|--|
| | <p>Bevinding:</p> <p>Tabellen actief wachtend:</p> <table border="1" data-bbox="373 331 1043 651"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicatoren Wachlijsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden)</th> <th>Gemiddeld bij ZK: Delft Westland Oostland</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachlijst V&V Intramuraal</td><td>0,6%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GHZ Intramuraal</td><td>0,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GGZ intramuraal</td><td>1,7%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst V&V extramuraal</td><td>0,4%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GHZ extramuraal</td><td>0,5%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GGZ extramuraal</td><td>0,6%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 703 1043 1023"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicatoren Wachlijsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden)</th> <th>Gemiddeld bij ZK: Nieuwe Waterweg Noord</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachlijst V&V Intramuraal</td><td>1,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GHZ Intramuraal</td><td>0,9%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GGZ intramuraal</td><td>2,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst V&V extramuraal</td><td>0,5%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GHZ extramuraal</td><td>0,2%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GGZ extramuraal</td><td>0,6%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table> <p>Tabellen urgent wachtend:</p> <table border="1" data-bbox="373 1104 1043 1424"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden)</th> <th>Gemiddeld bij ZK: Delft Westland Oostland</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachlijst V&V Intramuraal</td><td>0,4%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GHZ Intramuraal</td><td>0,3%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GGZ intramuraal</td><td>2,6%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst V&V extramuraal</td><td>0,5%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GHZ extramuraal</td><td>1,1%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GGZ extramuraal</td><td>1,5%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 1476 1043 1796"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden)</th> <th>Gemiddeld bij ZK: Nieuwe Waterweg Noord</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Wachlijst V&V Intramuraal</td><td>0,5%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GHZ Intramuraal</td><td>1,6%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GGZ intramuraal</td><td>2,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst V&V extramuraal</td><td>1,0%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GHZ extramuraal</td><td>0,9%</td><td>n.v.t.</td></tr> <tr><td>Wachlijst GGZ extramuraal</td><td>0,8%</td><td>n.v.t.</td></tr> </tbody> </table> | Outcome Indicatoren Wachlijsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden) | Gemiddeld bij ZK: Delft Westland Oostland | Score | Wachlijst V&V Intramuraal | 0,6% | n.v.t. | Wachlijst GHZ Intramuraal | 0,1% | n.v.t. | Wachlijst GGZ intramuraal | 1,7% | n.v.t. | Wachlijst V&V extramuraal | 0,4% | n.v.t. | Wachlijst GHZ extramuraal | 0,5% | n.v.t. | Wachlijst GGZ extramuraal | 0,6% | n.v.t. | Outcome Indicatoren Wachlijsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden) | Gemiddeld bij ZK: Nieuwe Waterweg Noord | Score | Wachlijst V&V Intramuraal | 1,0% | n.v.t. | Wachlijst GHZ Intramuraal | 0,9% | n.v.t. | Wachlijst GGZ intramuraal | 2,1% | n.v.t. | Wachlijst V&V extramuraal | 0,5% | n.v.t. | Wachlijst GHZ extramuraal | 0,2% | n.v.t. | Wachlijst GGZ extramuraal | 0,6% | n.v.t. | Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden) | Gemiddeld bij ZK: Delft Westland Oostland | Score | Wachlijst V&V Intramuraal | 0,4% | n.v.t. | Wachlijst GHZ Intramuraal | 0,3% | n.v.t. | Wachlijst GGZ intramuraal | 2,6% | n.v.t. | Wachlijst V&V extramuraal | 0,5% | n.v.t. | Wachlijst GHZ extramuraal | 1,1% | n.v.t. | Wachlijst GGZ extramuraal | 1,5% | n.v.t. | Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden) | Gemiddeld bij ZK: Nieuwe Waterweg Noord | Score | Wachlijst V&V Intramuraal | 0,5% | n.v.t. | Wachlijst GHZ Intramuraal | 1,6% | n.v.t. | Wachlijst GGZ intramuraal | 2,0% | n.v.t. | Wachlijst V&V extramuraal | 1,0% | n.v.t. | Wachlijst GHZ extramuraal | 0,9% | n.v.t. | Wachlijst GGZ extramuraal | 0,8% | n.v.t. | | |
| Outcome Indicatoren Wachlijsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden) | Gemiddeld bij ZK: Delft Westland Oostland | Score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst V&V Intramuraal | 0,6% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GHZ Intramuraal | 0,1% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GGZ intramuraal | 1,7% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst V&V extramuraal | 0,4% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GHZ extramuraal | 0,5% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GGZ extramuraal | 0,6% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outcome Indicatoren Wachlijsten actief wachtend (gemiddelde van 12 maanden) | Gemiddeld bij ZK: Nieuwe Waterweg Noord | Score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst V&V Intramuraal | 1,0% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GHZ Intramuraal | 0,9% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GGZ intramuraal | 2,1% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst V&V extramuraal | 0,5% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GHZ extramuraal | 0,2% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GGZ extramuraal | 0,6% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden) | Gemiddeld bij ZK: Delft Westland Oostland | Score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst V&V Intramuraal | 0,4% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GHZ Intramuraal | 0,3% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GGZ intramuraal | 2,6% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst V&V extramuraal | 0,5% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GHZ extramuraal | 1,1% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GGZ extramuraal | 1,5% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outcome Indicatoren Wachlijsten urgent wachtend (gemiddelde van 12 maanden) | Gemiddeld bij ZK: Nieuwe Waterweg Noord | Score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst V&V Intramuraal | 0,5% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GHZ Intramuraal | 1,6% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GGZ intramuraal | 2,0% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst V&V extramuraal | 1,0% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GHZ extramuraal | 0,9% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wachlijst GGZ extramuraal | 0,8% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score |
|-----|---|------------|---------------------|
| | <p>De NZa concludeert dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol; - de definities niet uniform gehanteerd worden; - de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden; - de uitkomsten niet altijd plausibel zijn; - de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig. <p>Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p> | | |
| D.2 | <p>Norm: Een voldoende percentage actief wachtende cliënten dat in zorg is gemeld binnen de treeknorm, ten opzichte van het totaal aantal actief wachtende cliënten dat in zorg is gemeld.</p> <p>Treeknorm: De maximale aanvaardbare wachttijd voor het ontvangen van AWBZ-zorg. Onder de wachttijd wordt de tijd verstaan die verstrijkt tussen het moment dat iemand zich met een bepaalde zorgbehoefte (indicatie) meldt bij het zorgkantoor of een zorgaanbieder en de wachtstatus Actief Wachtend krijgt toegewezen tot aan het moment dat deze zorg daadwerkelijk wordt ontvangen.</p> <p>Actief wachtende cliënt: wil de geïndiceerde zorg ontvangen, maar ontvangt één of meerdere toegewezen zorgeenheden (reguliere of alternatieve zorg) niet. De cliënt wacht buiten zijn/haar wil.</p> <p>Een actief wachtende cliënt kan ter overbrugging wel een andere dan de geïndiceerde vorm van zorg ontvangen, of een deel van de geïndiceerde zorg.</p> <p>De uitkomsten worden alleen gemeten voor intramurale indicaties en verbijszonderd naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sector Verpleging en Verzorging; - sector Gehandicaptenzorg; - sector Geestelijke Gezondheidszorg. <p>De sectorindeling: is gebaseerd op de eerste grondslag van de indicatie.</p> | n.v.t. | n.v.t. |

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|------------------------|-------|---|-----|-------|--------|---|-----|-------|--------|---|-----|-------|--------|--|---|------------------------|-------|---|-------|-------|--------|---|-------|-------|--------|---|-------|-------|--------|--|--|
| | <p>Bevinding:</p> <table border="1" data-bbox="373 275 1062 633"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 275 663 434">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="663 275 815 434">Gemiddeld bij ZK: Delft Westland Oostland</th> <th data-bbox="815 275 967 434">Landelijk gemiddeld</th> <th data-bbox="967 275 1062 434">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 434 663 499">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V</td> <td data-bbox="663 434 815 499">99%</td> <td data-bbox="815 434 967 499">96,8%</td> <td data-bbox="967 434 1062 499">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 499 663 564">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="663 499 815 564">99%</td> <td data-bbox="815 499 967 564">96,9%</td> <td data-bbox="967 499 1062 564">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 564 663 633">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="663 564 815 633">99%</td> <td data-bbox="815 564 967 633">97,6%</td> <td data-bbox="967 564 1062 633">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 685 1062 1043"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 685 663 844">Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen)</th> <th data-bbox="663 685 815 844">Gemiddeld bij ZK: Nieuwe Waterweg Noord</th> <th data-bbox="815 685 967 844">Landelijk gemiddeld</th> <th data-bbox="967 685 1062 844">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 844 663 909">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V</td> <td data-bbox="663 844 815 909">97,5%</td> <td data-bbox="815 844 967 909">96,8%</td> <td data-bbox="967 844 1062 909">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 909 663 974">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ</td> <td data-bbox="663 909 815 974">98,5%</td> <td data-bbox="815 909 967 974">96,9%</td> <td data-bbox="967 909 1062 974">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 974 663 1043">Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ</td> <td data-bbox="663 974 815 1043">95,5%</td> <td data-bbox="815 974 967 1043">97,6%</td> <td data-bbox="967 974 1062 1043">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Toelichting: De NZa concludeert dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol; - de definities niet uniform gehanteerd worden; - de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden; - de uitkomsten niet altijd plausibel zijn; - de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig. <p>Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p> | Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen) | Gemiddeld bij ZK: Delft Westland Oostland | Landelijk gemiddeld | Score | Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V | 99% | 96,8% | n.v.t. | Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ | 99% | 96,9% | n.v.t. | Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ | 99% | 97,6% | n.v.t. | Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen) | Gemiddeld bij ZK: Nieuwe Waterweg Noord | Landelijk gemiddeld | Score | Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V | 97,5% | 96,8% | n.v.t. | Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ | 98,5% | 96,9% | n.v.t. | Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ | 95,5% | 97,6% | n.v.t. | | |
| Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen) | Gemiddeld bij ZK: Delft Westland Oostland | Landelijk gemiddeld | Score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V | 99% | 96,8% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ | 99% | 96,9% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ | 99% | 97,6% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outcome Indicator Percentages levering binnen de treeknorm (gemiddelde van vier kwartalen) | Gemiddeld bij ZK: Nieuwe Waterweg Noord | Landelijk gemiddeld | Score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties V&V | 97,5% | 96,8% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GHZ | 98,5% | 96,9% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tijdige realisatie zorg intramurale indicaties GGZ | 95,5% | 97,6% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D.3. a | <p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft in de overeenkomsten 2015 met zorgaanbieders geregeld dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - er permanent voldoende AWBZ-spoedzorg binnen 24 uur beschikbaar is; - de betreffende zorgaanbieders acute zorgverlening niet kunnen weigeren. <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"> - is geregeld dat thuiswonende mensen in noodgevallen 24 uur per dag een hulpverlener kunnen bereiken; - worden de betreffende zorgaanbieders en de beschikbare capaciteit voor spoedzorg benoemd; - is opgenomen hoe de poortwachters (huisartsen, MEE) zich op de hoogte kunnen stellen van de vrije capaciteit voor spoedzorg. | 2 | 1,9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score |
|----------|--|------------|---------------------|
| | <p>Verbeterpunt: Het op de website benoemen van de Wlz-zorgaanbieders die spoedzorg leveren in de regio NWN. De concessiehouder heeft aangegeven dat er in de regio NWN geen VG-crisisbedden zijn gecontracteerd, omdat de zorg in deze (kleine) regio is gewaarborgd door instellingen in de omliggende regio's die binnen de Provinciale VG-crisisregeling participeren. In de Provinciale crisisregeling is MEE het centrale aanspreekpunt voor cliënten / huisartsen in de regio's DWO/NWN. Aangezien MEE als coördinatiepunt fungeert is het volgens de concessiehouder niet nodig dat men op de site naar crisisbedden zoekt. Daarnaast worden de regio's DWO/NWN vanaf 2016 samengevoegd, waarmee dit verbeterpunt dan kan komen te vervallen.</p> | | |
| D.3 b | <p>Norm (inventarisatie outcome-indicator):</p> <p>a. Een voldoende percentage van de spoedopnamen V&V dat binnen 24 uur gerealiseerd is van het totaal aantal spoedopnamen dat voor de V&V gemeld is.</p> <p>b. Een voldoende percentage van de spoedopnamen GHZ dat binnen 48 uur gerealiseerd is van het totaal aantal spoedopnamen dat voor de GHZ gemeld is.</p> <p>Spoedopname: volgens de algemene definitie van het Handboek Spoedzorg van ZN. De spoedopname waarvoor de concessiehouder verantwoordelijk is kan zowel binnen als buiten de eigen zorgkantorregio plaatsvinden.</p> <p>Realisatie van spoedopname: het tijdstip waarop de spoedplek daadwerkelijk beschikbaar is voor spoedopname van de cliënt. NB. Het moment waarop de spoedplek wordt gevonden en vastgelegd is niet leidend. Het gaat om het tijdstip, waarop de spoedplek volgens de vastlegging beschikbaar komt bij de spoedzorgbemiddelaar. Ook kan het tijdstip van daadwerkelijke spoedopname, op verzoek van cliënt, afwijken van het moment van realisatie. Deze eventuele vertraging is niet van invloed op de beoordeling of spoedopname binnen 24, respectievelijk 48 uur is gerealiseerd.</p> <p>Als spoedzorgbemiddelaar kunnen optreden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het zorgkantoor; - de poortwachters: huisarts, MEE; - door het zorgkantoor aangewezen crisisregisseurs; - door het zorgkantoor aangewezen zorgaanbieders. | n.v.t. | n.v.t. |

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---------------------|-------|-------------------------------------|------|-------|--------|------------------------|------|-------|--------|---|---|---------------------|-------|-------------------------------------|------|-------|--------|------------------------|------|-------|--------|--|--|
| | <p>Bevinding:</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 derde en vierde kwartaal in 2014)</th> <th data-bbox="644 277 815 465">Gemiddeld bij ZK: Delft Westland Oostland</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="373 465 644 501">Tijdige realisatie spoedopnamen V&V</td> <td data-bbox="644 465 815 501">100%</td> <td data-bbox="815 465 970 501">90,1%</td> <td data-bbox="970 465 1062 501">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 501 644 568">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="644 501 815 568">100%</td> <td data-bbox="815 501 970 568">89,0%</td> <td data-bbox="970 501 1062 568">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="373 618 1062 909"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 618 644 806">Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal in 2014)</th> <th data-bbox="644 618 815 806">Gemiddeld bij ZK: Nieuwe Waterweg Noord</th> <th data-bbox="815 618 970 806">Landelijk gemiddeld</th> <th data-bbox="970 618 1062 806">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 806 644 842">Tijdige realisatie spoedopnamen V&V</td> <td data-bbox="644 806 815 842">100%</td> <td data-bbox="815 806 970 842">90,1%</td> <td data-bbox="970 806 1062 842">n.v.t.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 842 644 909">Tijdige realisatie GHZ</td> <td data-bbox="644 842 815 909">100%</td> <td data-bbox="815 842 970 909">89,0%</td> <td data-bbox="970 842 1062 909">n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Toelichting: De NZa concludeert dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol; - de definities niet uniform gehanteerd worden; - de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden; - de uitkomsten niet altijd plausibel zijn; - de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig. <p>Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p> | Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal in 2014) | Gemiddeld bij ZK: Delft Westland Oostland | Landelijk gemiddeld | Score | Tijdige realisatie spoedopnamen V&V | 100% | 90,1% | n.v.t. | Tijdige realisatie GHZ | 100% | 89,0% | n.v.t. | Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal in 2014) | Gemiddeld bij ZK: Nieuwe Waterweg Noord | Landelijk gemiddeld | Score | Tijdige realisatie spoedopnamen V&V | 100% | 90,1% | n.v.t. | Tijdige realisatie GHZ | 100% | 89,0% | n.v.t. | | |
| Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal in 2014) | Gemiddeld bij ZK: Delft Westland Oostland | Landelijk gemiddeld | Score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tijdige realisatie spoedopnamen V&V | 100% | 90,1% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tijdige realisatie GHZ | 100% | 89,0% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outcome Indicator Percentages spoedzorg inventariserend (gemiddelde van derde en vierde kwartaal in 2014) | Gemiddeld bij ZK: Nieuwe Waterweg Noord | Landelijk gemiddeld | Score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tijdige realisatie spoedopnamen V&V | 100% | 90,1% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tijdige realisatie GHZ | 100% | 89,0% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E. | Aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden, zorgaanbieders en gemeenten in de zorgregio en zorg dragen voor de informatievoorziening die op de regionale situatie is afgestemd | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E.1 | <p>Norm: De concessiehouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - overlegt met een representatieve vertegenwoordiging van cliënten (cliëntorganisaties / cliëntenraden) over kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en maakt hiervan verslag; - verwerkt de resultaten hiervan aantoonbaar in het (inkoop)beleid, en/of waar nodig in eisen, gesteld aan de zorgaanbieders, of motiveert zijn eventueel besluit het advies niet op te volgen; - geeft aan waarom hij met wie heeft gesproken en verantwoordt zijn inspanningen en de uitkomsten hiervan in het uitvoeringsverslag. | 0,75 | 0,75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E.2 | <p>Norm:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|---------------------|-------|--|--|--|--|-----------------------------|-----|-------|--------|---------------|-----|-------|--------|--|--|
| | <p>Bevinding:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Outcome Indicator</th> <th>Gemiddeld bij de concessiehouder</th> <th>Landelijk gemiddeld</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Percentages telefonische bereikbaarheid en klanten zorgbemiddeling</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefonische bereikbaarheid</td> <td>91%</td> <td>91,2%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Service level</td> <td>68%</td> <td>75,0%</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Toelichting: De NZa concludeert dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> – de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol; – de definities niet uniform gehanteerd worden; – de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden; – de uitkomsten niet altijd plausibel zijn; – de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig. <p>Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p> | Outcome Indicator | Gemiddeld bij de concessiehouder | Landelijk gemiddeld | Score | Percentages telefonische bereikbaarheid en klanten zorgbemiddeling | | | | Telefonische bereikbaarheid | 91% | 91,2% | n.v.t. | Service level | 68% | 75,0% | n.v.t. | | |
| Outcome Indicator | Gemiddeld bij de concessiehouder | Landelijk gemiddeld | Score | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Percentages telefonische bereikbaarheid en klanten zorgbemiddeling | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefonische bereikbaarheid | 91% | 91,2% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Service level | 68% | 75,0% | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TOTAAL | Maximaal te behalen score: 2,75 | 2,65 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bron: NZa

De concessiehouder moet het bovengenoemde verbeterpunt realiseren.

2.2.2 Verdiepende vragen onderzoek Zorg in natura

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Bijbetalingen in overeenkomst 2015

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

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

In het inkoopbeleid van het zorgkantoor is opgenomen dat het zorgkantoor een 100% controle van de websites, met betrekking tot het bijbetalingenbeleid, uitvoert.

Signalen bijbetalingen

Het zorgkantoor heeft een 100% controle uitgevoerd op alle websites met betrekking tot informatie over bijbetalingen. Eén zorgaanbieder voldeed niet en heeft de website inmiddels aangepast. Het zorgkantoor volgt systematisch de instemming van de cliëntenraad met betrekking tot het bijbetalingenbeleid van de zorgaanbieder.

Diversiteit zorgaanbod

Met de cliëntvertegenwoordiging is tijdens de marktconsultatie expliciet gesproken over zorg die gericht is op de individuele cliënt in relatie tot hun voorkeur bijvoorbeeld op gebied van religie. Het zorgkantoor wil bevorderen dat zorgaanbieders meer vraaggericht gaan werken. In het inkoopbeleid kan in de tariefstelling ook gescoord worden op klantgerichtheid. Het gaat hierbij om het aansluiten bij de wensen van de cliënt en het aanbieden van onder andere geestelijke verzorging voor die cliënten die daar behoefte aan hebben. Daarnaast heeft het zorgkantoor een aantal jaar geleden vastgesteld dat alle zorgaanbieders beschikken over een vastgesteld beleid of geprotocolleerde aanpak voor allochtone cliënten.

Contractering onafhankelijke cliëntondersteuning

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

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

Het zorgkantoor heeft per regio twee partijen gecontracteerd voor onafhankelijke cliëntondersteuning. In de raamovereenkomst onafhankelijke cliëntondersteuning heeft het zorgkantoor opgenomen dat deze ondersteuning onafhankelijk van zorgaanbieders en in het belang van de individuele cliënt plaatsvindt.

In de raamwerkovereenkomst is opgenomen dat de onafhankelijke cliëntondersteuners voldoende kennis moet hebben van de doelgroep, de regio, de Wlz-procedures en beschikt 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 de verzekerde kiest voor zorg in natura;
- desgewenst te bemiddelen naar een geschikte, gecontracteerde aanbieder.

In tegenstelling tot in de AWBZ mag deze taak niet worden uitbesteed aan een zorgaanbieder waardoor het zorgkantoor meer op de voorgrond treedt. De afgelopen jaren was het zorgkantoor vooral op de achtergrond aanwezig en deze nieuwe rol is wennen. Verzekerden met een indicatie

voor Wlz-zorg hebben te maken met veel verschillende partijen. De balans vinden tussen de taak die het zorgkantoor heeft en de zoveelste (administratieve) partij zijn die de verzekerde benadert is lastig.

Wenswachtenden

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

De zorgkantoren, zorgaanbieders en VWS zijn in een landelijke aanpak de juistheid van de wachtlijstregistratie nagegaan. De aanpak van wachtlijsten richtte zich op mensen, die mogelijk onterecht als wenswachtend geregistreerd stonden, terwijl zij actief wachtend zouden zijn en (meer) zorg nodig zouden hebben. Inmiddels is onderzocht of wachtenden juist op de wachtlijst stonden. Voor de regio's van het zorgkantoor was dit voor slechts een zeer beperkt aantal cliënten niet het geval.

Aandachtspunt blijven cliënten die zorg ontvangen in een instelling, maar op basis van sociale context zouden willen verhuizen. Deze cliënten willen bijvoorbeeld dichterbij vrienden of familie wonen, maar komen niet bovenaan op de wachtlijst omdat zij al in zorg zijn. Het zorgkantoor zoekt samen met zorgaanbieders naar oplossingen voor deze cliënten. Deze problematiek wordt veroorzaakt door een beperkte capaciteit en is niet op te lossen door regelgeving over wachtlijsten.

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 3. Prestatiemeting 2014 Persoonsgebonden budget

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

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------------------|---|--|--|--|--|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|---|--|--|--|---|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|---|--|--|--|--|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|------------------------------------|--|--|--|--|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|--------|--|--|-----|--|--|
| | <p>Bevinding:</p> <table border="1" data-bbox="371 277 1062 1525"> <thead> <tr> <th></th> <th>Score concessiehouder</th> <th>Landelijk gemiddelde</th> <th>Score (punten * % van de score)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">A.2: Adequate afwikkeling administratieve processen:</td> </tr> <tr> <td>a. Beschikking: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)</td> <td>87%</td> <td>85%</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>b. Overmaken budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)</td> <td>88%</td> <td>92%</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>c. Verantwoording budgetbestedingen: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt)</td> <td>87%</td> <td>84%</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>d. Terugvorderen niet besteed budget: score ITS kernvraag (0,25 punt)</td> <td>87%</td> <td>87%</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td colspan="4">A.3: Adequate informatievoorziening en bereikbaarheid:</td> </tr> <tr> <td>e. Informatievoorziening PGB: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)</td> <td>74%</td> <td>72%</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>f. Bereikbaarheid Zorgkantoor: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)</td> <td>78%</td> <td>73%</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td colspan="4">A.4: Adequate kwaliteit medewerkers zorgkantoor:</td> </tr> <tr> <td>g. Bejegening: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)</td> <td>87%</td> <td>83%</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>h. Deskundigheid medewerkers: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt)</td> <td>79%</td> <td>74%</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td colspan="4">A.5: Goed oordeel cliënten:</td> </tr> <tr> <td>i. Oordeel dienstverlening: ITS rapportcijfer (1 punt)</td> <td>79%</td> <td>76%</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>j. Oordeel uitvoering PGB: ITS rapportcijfer (1 punt)</td> <td>79%</td> <td>77%</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>TOTAAL</td> <td></td> <td></td> <td>4,0</td> </tr> </tbody> </table> | | Score concessiehouder | Landelijk gemiddelde | Score (punten * % van de score) | A.2: Adequate afwikkeling administratieve processen: | | | | a. Beschikking: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt) | 87% | 85% | 0,2 | b. Overmaken budget: score ITS kernvraag (0,25 punt) | 88% | 92% | 0,2 | c. Verantwoording budgetbestedingen: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt) | 87% | 84% | 0,2 | d. Terugvorderen niet besteed budget: score ITS kernvraag (0,25 punt) | 87% | 87% | 0,2 | A.3: Adequate informatievoorziening en bereikbaarheid: | | | | e. Informatievoorziening PGB: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt) | 74% | 72% | 0,4 | f. Bereikbaarheid Zorgkantoor: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt) | 78% | 73% | 0,4 | A.4: Adequate kwaliteit medewerkers zorgkantoor: | | | | g. Bejegening: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt) | 87% | 83% | 0,4 | h. Deskundigheid medewerkers: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt) | 79% | 74% | 0,4 | A.5: Goed oordeel cliënten: | | | | i. Oordeel dienstverlening: ITS rapportcijfer (1 punt) | 79% | 76% | 0,8 | j. Oordeel uitvoering PGB: ITS rapportcijfer (1 punt) | 79% | 77% | 0,8 | TOTAAL | | | 4,0 | | |
| | Score concessiehouder | Landelijk gemiddelde | Score (punten * % van de score) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A.2: Adequate afwikkeling administratieve processen: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a. Beschikking: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt) | 87% | 85% | 0,2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b. Overmaken budget: score ITS kernvraag (0,25 punt) | 88% | 92% | 0,2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c. Verantwoording budgetbestedingen: score ITS kwaliteitsschaal (0,25 punt) | 87% | 84% | 0,2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d. Terugvorderen niet besteed budget: score ITS kernvraag (0,25 punt) | 87% | 87% | 0,2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A.3: Adequate informatievoorziening en bereikbaarheid: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e. Informatievoorziening PGB: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt) | 74% | 72% | 0,4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f. Bereikbaarheid Zorgkantoor: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt) | 78% | 73% | 0,4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A.4: Adequate kwaliteit medewerkers zorgkantoor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g. Bejegening: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt) | 87% | 83% | 0,4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h. Deskundigheid medewerkers: score ITS kwaliteitsschaal (0,5 punt) | 79% | 74% | 0,4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A.5: Goed oordeel cliënten: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i. Oordeel dienstverlening: ITS rapportcijfer (1 punt) | 79% | 76% | 0,8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| j. Oordeel uitvoering PGB: ITS rapportcijfer (1 punt) | 79% | 77% | 0,8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAAL | | | 4,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A.6 | <p>Norm:</p> <p>a. Als na verantwoording over het gehele jaar is vastgesteld dat het verstrekte budget niet volledig is gebruikt voor de inkoop van geïndiceerde zorg, vordert de concessiehouder terug.</p> <p>b. Indien de budgethouder het bedrag niet voldoet, en de vordering juridisch opeisbaar wordt na ommekomst van de bezwaartermijn of een beslissing op bezwaar, gaat de concessiehouder over tot verrekening van de vordering in de bevoorschotting van het lopende jaar, mits aan alle voorwaarden voor verrekening is voldaan of beëindiging van de bevoorschotting.</p> | 1 | 0,5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score |
|-----------|--|------------|---------------------|
| | <p>Verbeterpunt: Het niet automatisch verrekenen van de onderbestedingen van het budget met het lopende budget voor alle budgethouders die niet deelnemen aan het trekkingsrechtensysteem. De concessiehouder moet eerst een factuur versturen en het incassoprotocol van Zorginstituut Nederland volgen. De NZa merkt op dat in 2015 dit verbeterpunt niet meer van toepassing is, omdat alle budgethouders verplicht zijn deel te nemen aan het trekkingsrechtensysteem.</p> | | |
| B. | Faciliteren van budgethouders bij verzilveren recht op zorg: doorlooptijden | | |
| | <p>Norm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Korte doorlooptijd in dagen tussen datum binnenkomst indicatie en het eerste contact met cliënt. En - Korte doorlooptijd in dagen tussen de datum waarop het dossier compleet is ingeleverd door cliënt en de datum verzending toekenningsbeschikking PGB. <p>Er wordt zowel in stap 1 als stap 4 gemeten in kalenderdagen.</p> <p>Voor de eerste stap is relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datum binnenkomst indicatie: registratiedatum in systeem (logging). - Datum eerste contact tussen zorgkantoor en cliënt: het moment waarop de eerste behandelstap in het toekenningsproces aan de aanvrager duidelijk wordt gemaakt. Van deze eerste stap is sprake als de concessiehouder van de aanvrager concrete actie verlangt - bijvoorbeeld de concessiehouder bezoekt of aanvullende informatie toezendt - op/binnen een vastgesteld tijdstip. De verantwoording van het contactmoment is de verzenddatum van de brief of e-mail of de datum van de contactnotitie naar aanleiding van het telefoongesprek met de aanvrager. Een beloging voldoet niet aan de eisen van het contact moment. <p>Voor de vierde stap is relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datum complete dossier: de datum waarop het complete aanvraagformulier, het budgetplan en alle van de cliënt gevraagde aanvullende informatie ontvangen zijn. - Datum verzending toekenningbeschikking: de registratiedatum van het versturen van de beschikking. | n.v.t. | n.v.t. |

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|-------------------------------|-------|---------------------|---|-----|--------|---------------------------------------|----|------|--------|---------------------------------------|----|------|--------|---------------------|----|-----|--------|--|--|
| | <p>Bevinding:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Doorlooptijd bij de concessiehouder in dagen</th> <th>Landelijk gemiddelde in dagen</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Doorlooptijd stap 1</td> <td>3</td> <td>8,5</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Doorlooptijd stap 2 (inventariserend)</td> <td>23</td> <td>37,6</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Doorlooptijd stap 3 (inventariserend)</td> <td>24</td> <td>20,7</td> <td>n.v.t.</td> </tr> <tr> <td>Doorlooptijd stap 4</td> <td>10</td> <td>8,8</td> <td>n.v.t.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Toelichting: De NZa concludeert dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de bevindingen van de accountant niet altijd aansluiten op de eisen die gesteld worden in het accountantsprotocol; - de definities niet uniform gehanteerd worden; - de definities niet altijd conform de verantwoordingsvoorschriften gehanteerd worden; - de uitkomsten niet altijd plausibel zijn; - de toelichting van de concessiehouder is niet altijd aanwezig. <p>Op grond hiervan onthoudt de NZa zich bij alle concessiehouders van een oordeel over de uitkomsten van deze indicator.</p> | | Doorlooptijd bij de concessiehouder in dagen | Landelijk gemiddelde in dagen | Score | Doorlooptijd stap 1 | 3 | 8,5 | n.v.t. | Doorlooptijd stap 2 (inventariserend) | 23 | 37,6 | n.v.t. | Doorlooptijd stap 3 (inventariserend) | 24 | 20,7 | n.v.t. | Doorlooptijd stap 4 | 10 | 8,8 | n.v.t. | | |
| | Doorlooptijd bij de concessiehouder in dagen | Landelijk gemiddelde in dagen | Score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doorlooptijd stap 1 | 3 | 8,5 | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doorlooptijd stap 2 (inventariserend) | 23 | 37,6 | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doorlooptijd stap 3 (inventariserend) | 24 | 20,7 | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doorlooptijd stap 4 | 10 | 8,8 | n.v.t. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TOTAAL | Maximaal te behalen score: 8 | 6,4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bron: NZa

De concessiehouder moet bovenvermelde verbeterpunten realiseren.

2.3.1.1 Reactie concessiehouder

De concessiehouder geeft met betrekking tot toetspunten A.2 tot en met A.5 aan dat hij bezwaar houdt tegen de scoringsmethodiek die de NZa hanteert. ITS heeft met behulp van enquêtes onderzoek gedaan naar de tevredenheid van de PGB-budgethouders over de werkzaamheden van de zorgkantoren. Bij dit soort onderzoeken is het vrijwel onmogelijk om de maximale score te behalen. Toch werkt de scoringsmethodiek dusdanig dat alleen het maximaal aantal punten gehaald kan worden indien op alle onderdelen van het ITS maximaal gescoord is. Dit betekent dat het vrijwel onmogelijk is het maximale aantal punten te halen op deze norm.

Verder geeft de concessiehouder aan dat hij op acht van de tien onderdelen beter scoort dan landelijk, op één gelijk en op één minder dan landelijk. Er is een echter een aftrek toegepast van één punt van de vijf te behalen punten. De concessiehouder is het niet eens met deze scoringsmethodiek en vindt dat de score onevenredig zwaar meetelt in de totale score voor deze prestatie-indicator.

2.3.1.2 Reactie NZa

De NZa neemt de reactie van de concessiehouder voor kennisgeving aan. De scoringsmethodiek zal voor 2014 niet aangepast worden. Wel zal de NZa voor het volgende jaar de gehanteerde scoringsmethodiek kritisch bekijken en indien nodig aanpassen.

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 4. Prestatiemeting 2014 Klachtenbehandeling

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score |
|-----------|---|------------|---------------------|
| B. | Uitvoering klachtenbehandeling | | |
| B.1 | <p>Norm: Een voldoende percentage van de ontvangen klachten waarvan de ontvangst aan verzekerde binnen drie weken is bevestigd, dan wel binnen drie weken afhandeling heeft plaatsgevonden. Alleen schriftelijk ingediende klachten worden voor deze indicator in aanmerking genomen.</p> | 1,25 | 1,25 |
| | <p>Bevinding: Het percentage ontvangen klachten waarvan de ontvangst aan verzekerde binnen drie weken is bevestigd, dan wel binnen drie weken afhandeling heeft plaatsgevonden, bedraagt over het eerste, tweede en vierde kwartaal 2014 100%. In het derde kwartaal zijn geen klachten ontvangen.</p> | | |
| B.2 | <p>Norm: Een voldoende percentage van de afgehandelde klachten die binnen zes weken zijn afgehandeld dan wel bij verdaging binnen tien weken. Alleen schriftelijk ingediende klachten worden voor deze indicator in aanmerking genomen.</p> | 2,75 | 2,75 |
| | <p>Bevinding: Het percentage afgehandelde klachten dat binnen zes weken is afgehandeld dan wel bij verdaging binnen tien weken, bedraagt over het eerste, tweede en vierde kwartaal 2014 100%. In het derde kwartaal zijn geen klachten ontvangen.</p> | | |
| | <p>Aandachtspunt: Het in de brieven nauwkeurig opnemen van data. In één van de afhandelingsbrieven is als datum in de afhandelingsbrief abusievelijk 10 oktober in plaats van 10 november opgenomen.</p> | | |
| B.3 | <p>Norm: Een voldoende percentage van de ontvangen klachten waarbij de klager in de gelegenheid is gesteld om gehoord te worden en van het horen een verslag is gemaakt. Alleen schriftelijk ingediende klachten worden voor deze indicator in aanmerking genomen.</p> | 1,25 | 1,25 |
| | <p>Bevinding: Het percentage ontvangen klachten waarbij de klager in de gelegenheid is gesteld om gehoord te worden en van het horen een verslag is gemaakt, bedraagt over het eerste, tweede en vierde kwartaal 2014 100%. In het derde kwartaal zijn geen klachten ontvangen.</p> | | |

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score |
|-----------|--|------------|---------------------|
| B.4 | <p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft een schriftelijke reactie op de klacht verzonden. Deze reactie bevat de bevindingen van het onderzoek naar de klacht, een gemotiveerd oordeel en de eventuele conclusies die de concessiehouder daaraan verbindt. Bij de conclusie moet de concessiehouder in ieder geval (in algemene termen) aangeven of de klacht gegrond of ongegrond is verklaard.</p> <p>b. De concessiehouder gaat in de schriftelijke reactie aan de klager in op alle elementen van de klacht, ook op de door de klager genoemde bedragen.</p> <p>c. De concessiehouder stelt in de schriftelijke reactie de beleving van de klager centraal.</p> <p>d. Uit het klachtendossier blijkt dat de concessiehouder zich heeft ingespannen om, indien van toepassing, het probleem van de klager te helpen oplossen.</p> | n.v.t. | n.v.t. |
| | <p>Bevinding:</p> <p>In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het in alle gevallen de beleving van de klager centraal stellen (in één afhandelingsbrief is dit niet gebeurd).</i></p> <p>De NZa heeft geconstateerd dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.</p> | | |
| B.5 | <p>Norm:</p> <p>Een voldoende percentage van de afgehandelde klachten waarbij de concessiehouder vermeldt dat de klager de mogelijkheid heeft om bij de Nationale ombudsman een verzoekschrift in te dienen. Daarbij is aangegeven binnen welke termijn dit moet gebeuren.</p> <p>Alleen schriftelijk ingediende klachten worden voor deze indicator in aanmerking genomen.</p> <p>Klacht: Elke uiting van onvrede door een verzekerde. Startdatum voor klachtbehandeling: Wordt door de concessiehouder voor elke klacht vastgelegd. Het betreft hier de ontvangstdatum van de klacht. Schriftelijk ingediende klachten: Klachten die per brief of per email worden ingediend.</p> | 1 | 1 |
| | <p>Bevinding:</p> <p>Het percentage afgehandelde klachten waarbij vermeld is dat de klager de mogelijkheid heeft om bij de Nationale ombudsman een verzoekschrift in te dienen, bedraagt over het eerste, tweede en vierde kwartaal 2014 100%. In het derde kwartaal zijn geen klachten ontvangen.</p> | | |
| C. | Verbetermanagement klachten | | |
| | <p>Norm:</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. |

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score |
|-----|---|--|---------------------|
| | <p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het verder verduidelijken van de aard van de klachten in de managementinformatie. Het management krijgt overigens wel alle klachten geheel onder ogen te zien, waardoor het management wel op de hoogte is van de aard van de klachten.</i></p> <p>De NZa heeft geconstateerd dat het verbeterpunt is opgevolgd.</p> | | |
| | TOTAAL | Maximaal te behalen score: 6,25 | 6,25 |

Bron: NZa

2.4.2 Verdiepende vragen onderzoek Klachtenbehandeling

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Aantal en aard van de ontvangen klachten

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

Tabel 5. Verdeling klachten 2014

| Aard van de klacht | Aantal |
|--|--------|
| Functioneren zorgaanbieders | 5 |
| Privacyschending | 1 |
| Bejegening door personeel zorgkantoren | 0 |
| Bereikbaarheid zorgkantoren (inclusief telefonische bereikbaarheid). | 0 |
| Uitvoering PGB | 2 |
| Overige | 2 |
| Totaal | 10 |

Bron: NZa

Overgang naar Wlz

De concessiehouder heeft aangegeven voorbereid te zijn op het voldoen aan de Prestatiemeting Wlz 2015 voor wat betreft bezwaarschriften.

Hierbij spelen wel de volgende zaken:

- De concessiehouder signaleert een discrepantie tussen de berekening van de termijnen uit de Prestatiemeting en de Awb. De Prestatiemeting geeft aan dat gerekend moet worden vanaf de ontvangstdatum van het bezwaar. De Awb geeft aan dat de doorlooptijd berekend dient te worden 'vanaf de dag na die waarop de termijn voor het indienen van het bezwaarschrift is verstreken' (art. 7.10). Het lijkt de concessiehouder verstandig als de

doorlooptijden uit de wet en in de Prestatiemeting gelijkgetrokken worden.

- Er dient meer helderheid te komen over de verhouding Wlz-uitvoerder en zorgkantoor. Dit geldt op een aantal punten, waaronder bezwaarschriften. Voor het overgangsjaar 2015 is dit nog niet aan de orde, maar het kan zijn dat de te maken afspraken over genoemde verhouding leiden tot aanpassingen aan het proces van afhandeling van bezwaarschriften.

2.5 Prestatie-indicator 4: Contracteerproces

2.5.1 Prestatiemeting Contracteerproces

Deze indicator is bij de concessiehouder niet beoordeeld omdat uitsluitend aandacht besteed is aan eventuele verbeterpunten uit het vorige onderzoek. Bij de concessiehouder waren echter geen verbeterpunten, waardoor beoordeling niet aan de orde was.

2.5.2 Verdiepende vragen onderzoek Contracteerproces

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

De belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek zijn:

Transparantie beschikbare contracteerruimte

Het zorgkantoor plaatst informatie over de beschikbare contracteerruimte op de website. Het zorgkantoor informeert de zorgaanbieders per brief over de uitnutting van de contracteerruimte na het maken van de voorlopige budgetafspraken en na het maken van de definitieve budgetafspraken.

Bewaking benutting PGB-kader en subsidieplafond

Maandelijks wordt het subsidieplafond (door middel van een SAS-bestand) bewaakt.

De uitnutting van het PGB en het beschikbare budget zijn de enige gegevens, voor zover beschikbaar, die voor het zorgkantoor zichtbaar is via het SVB-portal. Op elk gewenst moment kan het zorgkantoor hieruit een overzicht genereren waarin de betreffende gegevens staan. Bewaking van het subsidieplafond heeft ook betrekking op de budgetafsluiting.

De SVB moet het zorgkantoor na het afsluiten van een PGB (bijvoorbeeld door jaarafsluiting, overlijden, opname instelling) informeren over de uitnutting, zodat dat eindafrekening door het zorgkantoor kan worden opgesteld. Landelijk is er een digitaal bericht vastgesteld waarop zorgkantoren hierover worden geïnformeerd. De landelijke implementatie van het digitale bericht is nog niet gestart. Op welke wijze de zorgkantoren worden geïnformeerd zolang het digitale bericht nog niet is geïmplementeerd, is nog niet bekend.

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 6. Prestatiemeting 2014 Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

| Nr. | Toetsingsaspect | Norm score | Gerealiseerde score |
|-----------|--|---|---------------------|
| B. | Het bewaken van de zorgvraag of – behoefte | | |
| | <p>Norm: De NZa toetst de totale onderproductie in de gerealiseerde productie 2013 op basis van de stand van zaken op 1 juni 2014. Aan dit onderdeel wordt voldaan als de onderproductie minder dan 1,0% bedraagt van de herschikkingsafspraken 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 |
| | <p>Bevindingen: Het gemiddelde van de individuele scores van de zorgkantoren bedraagt 0,2%. Hiermee voldoen zij aan de norm.</p> | | |
| | TOTAAL | Maximaal te behalen score: 2 | 2 |

Bron: NZa

2.6.2 Verdiepende vragen onderzoek Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

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

Beoordeling doelmatigheid leveringsvorm

Het zorgkantoor toetst zelf de doelmatigheid van het volledig pakket thuis (Vpt) en het modulair pakket thuis (Mpt) aan de hand van de rekenmodule. De uitkomst van deze toets wordt via een beschikking medegedeeld aan de cliënt. VWS en ZN hebben gezamenlijk de verantwoordelijk op zich genomen om meer duidelijkheid te verschaffen over welke ondoelmatigheid in Vpt/Mpt is toegestaan. Op het moment van onderzoek is dit voor het zorgkantoor nog te onduidelijk om echt te kunnen toetsen.

Alvorens een besluit te nemen over de toekenning van het Mpt, neemt het zorgkantoor in alle gevallen zelf contact op met de aanvrager. Het zorgkantoor wijst de Mpt-aanvrager proactief op de mogelijkheid om een

persoonlijk plan aan te leveren en hanteert hiervoor de termijn van zeven dagen. Het zorgkantoor bewaakt zelf dat de kosten van het Mpt niet hoger liggen dan het eventueel alternatieve PGB. Op het moment van onderzoek is er nog geen sprake geweest van de noodzaak tot het intrekken van het Mpt of Vpt, een landelijk kader ontbreekt nog.

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 7. Prestatiemeting 2014 Innovatie en kwaliteit zorgverlening

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

Bron: NZa

2.7.2 Verdiepende vragen onderzoek Innovatie en kwaliteit zorgverlening

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

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 kan bij de zorgvraag verduidelijking indien gewenst ondersteuning 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 zorgkantoor toetst de naleving hiervan in de materiële controle.

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

Het betrekken van familie en mantelzorg is een meerjarig speerpunt van het zorgkantoor. Het zorgkantoor stimuleert initiatieven die hierop zijn gericht. In het verleden nam het zorgkantoor dit aspect ook mee in de tariefbepaling. Omdat iedere zorgaanbieder in 2014 voldeed, is dit in 2015 niet meer opgenomen. Voor 2016 zal een verdiepingsslag worden gemaakt. Mantelzorgers en vrijwilligers moeten dan een plek krijgen in het inkoopbeleid, waarmee invulling wordt gegeven aan het plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen.

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 8. Prestatiemeting 2014 Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

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

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gereali-seerde score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-------------------------|-------|--|-------|-------|------|---|-------|-------|------|--|-------|-------|---|---|------|-------|---|---|------|------|---|--|--|
| | <p>Bevinding:</p> <table border="1" data-bbox="379 304 1082 925"> <thead> <tr> <th data-bbox="379 304 644 439">Outcome-Indicator taak 9: percentages cumulatieve meting</th> <th data-bbox="644 304 815 439">Gemiddel-de over 12 maanden bij alle zorgkan- toren:</th> <th data-bbox="815 304 970 439">Landelijk gemiddelde</th> <th data-bbox="970 304 1082 439">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="379 439 644 539">Tijdige aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)</td> <td data-bbox="644 439 815 539">98,6%</td> <td data-bbox="815 439 970 539">95,0%</td> <td data-bbox="970 439 1082 539">1,25</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 539 644 640">Juiste aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25)</td> <td data-bbox="644 539 815 640">98,8%</td> <td data-bbox="815 539 970 640">93,4%</td> <td data-bbox="970 539 1082 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">99,9%</td> <td data-bbox="815 640 970 741">99,9%</td> <td data-bbox="970 640 1082 741">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 741 644 842">Juiste afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1)</td> <td data-bbox="644 741 815 842">100%</td> <td data-bbox="815 741 970 842">97,6%</td> <td data-bbox="970 741 1082 842">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 842 644 925">Volledige afhandeling declaraties(maximaal te behalen score: 1)</td> <td data-bbox="644 842 815 925">100%</td> <td data-bbox="815 842 970 925">100%</td> <td data-bbox="970 842 1082 925">1</td> </tr> </tbody> </table> | Outcome-Indicator taak 9: percentages cumulatieve meting | Gemiddel-de over 12 maanden bij alle zorgkan- toren: | Landelijk gemiddelde | Score | Tijdige aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25) | 98,6% | 95,0% | 1,25 | Juiste aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25) | 98,8% | 93,4% | 1,25 | Tijdige afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1) | 99,9% | 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 cumulatieve meting | Gemiddel-de over 12 maanden bij alle zorgkan- toren: | Landelijk gemiddelde | Score | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tijdige aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25) | 98,6% | 95,0% | 1,25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Juiste aanbieding declaraties (maximaal te behalen score: 1,25) | 98,8% | 93,4% | 1,25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tijdige afhandeling declaraties (maximaal te behalen score: 1) | 99,9% | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D. | Afrekenen met zorgaanbieders | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>Norm: De concessiehouder bevordert dat de door hem gecontracteerde zorgaanbieders hun nacalculatieformulieren over 2013, mede ondertekend door het zorgkantoor, voor 1 juni 2014 hebben ingediend bij de NZa. Hij kan aantonen dat hij voldoende actie heeft ondernomen richting zorgaanbieders om tijdige indiening te bewerkstellingen (bepaling in overeenkomst, manen van zorgaanbieders, bespreken in periodiek overleg, aanpassing van de bevoorschotting, korting op het budget).</p> | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>Bevinding:</p> <p><u>ZK Delft Westland Oostland:</u> Aantal zorgaanbieders: 28 Aantal nog te ontvangen door ZK: 0 Aantal nog in behandeling door ZK: 0</p> <p><u>ZK Nieuwe Waterweg Noord:</u> Aantal zorgaanbieders: 25 Aantal nog te ontvangen door ZK: 0 Aantal nog in behandeling door ZK: 0</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TOTAAL | Maximaal te behalen score: 7,5 | 7,5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bron: NZa

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.

Gebruik door de concessiehouder/Wlz-uitvoerder (zorgkantoor) van het bestand met goedgekeurde declaraties op cliëntniveau voor het beoordelen van de op de nacalculatie verantwoorde productiecijfers?

De zorginkoper bekijkt de verschillen tussen de ingediende AW319 en de definitieve hoogte van de nacalculatorische productie. De externe accountant kan namelijk alsnog bepaalde productie hebben afgekeurd. De zorginkoper kijkt ook zelf of de definitieve productie naar hoeveelheid en verdeling naar prestaties hem plausibel voorkomt. Verder vindt maandelijks monitoring plaats met de productieafspraken. Vóór de herschikking zijn afwijkingen boven de productie afspraken heel normaal (vanwege de budgetgarantie < 100%). Bij de herschikking wordt dat echter rechtgetrokken.

Hoe worden eventuele verschillen beoordeeld en welke consequenties worden hieraan verbonden

Onverklaarde verschillen van meer dan 1% tussen AW319 (is bij de concessiehouder de vulling van de productiemonitor) en nacalculatie tellen negatief mee in de bepaling van het tarief 2014 en 2015. Hiervan gaat een preventieve werking uit. De procedure is niet opzichte van 2013 niet gewijzigd.

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 9. Prestatiemeting 2014 Administratie op verzekerdenniveau voor PGB

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

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gereali-seerde score |
|-----------|--|----------------|----------------------|
| C. | Controle door concessiehouder en uitvoering van het programma Huisbezoeken | | |
| C.1 | <p>Norm:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. De concessiehouder heeft een risicoanalyse voor het PGB opgesteld die gericht is op het selecteren van verantwoordingsformulieren met een hoger dan gemiddeld risico op onjuiste en onrechtmatige uitgaven. b. De risicoanalyse mondt uit in een controleplan waarin de concessiehouder de risico's koppelt aan de controlefasen van het uitvoeringsproces PGB in 2014. c. De concessiehouder legt in het controleplan vast op welke wijze uitvoering wordt gegeven aan de bestandenanalyses en de steekproeven. d. De concessiehouder beschrijft in het controleplan de reikwijdte en diepgang van de controles in 2014. e. De concessiehouder beschikt over een controleplan voor het PGB waarin in ieder geval het volgende vastligt: <ul style="list-style-type: none"> – de uit te voeren bestandsanalyse; – de risicoanalyse voor de uitvoering van het Programma Huisbezoeken; – de onderbouwing dat de controle qua aard, omvang en diepgang toereikend is. | 2,5 | 2,5 |
| C.4 | <p>Norm:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. De concessiehouder heeft op basis van de risicoanalyse ('risicoprofiel budgethouders voor huisbezoeken') (toetsingsaspect C1) budgethouders geselecteerd voor het programma huisbezoeken. 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: <ol style="list-style-type: none"> 1. er is sprake van getekende zorgovereenkomsten; 2. er is sprake van zorglevering binnen het PGB-domein; 3. er is geen sprake van overschrijding van de maximumtarieven; 4. er is uitsluitend sprake geweest van girale betalingen; 5. er is geen sprake van surseance, faillissement of schuldsanering (WSNP); 6. kosten van vervoer betrekking hebben op vervoer van en naar de dagbesteding; 7. Kosten van zorginkoop in het buitenland maximaal betrekking heeft op een periode van 13 weken. <p>Als ook een verantwoordingsformulier onderdeel uitmaakt van het administratieve vooronderzoek wordt bovendien vastgesteld dat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. de verantwoording is in overeenstemming met de onderliggende declaraties, facturen, loonstroken, overeenkomsten en bankafschriften opgesteld; 9. de opgenomen bedragen tellen op tot het totaal gedeclareerde bedrag. <p>Bevindingen uit het administratief vooronderzoek worden betrokken bij het daaropvolgende huisbezoek.</p> <p>Indien het huisbezoek leidt tot bevindingen dan heeft de concessiehouder meerdere instrumenten tot haar beschikking staan:</p> <ul style="list-style-type: none"> – het intrekken van het al toegekende PGB; – het beëindigen van het PGB vanaf een latere datum; – het weigeren van een PGB voor het komende kalenderjaar. <p>Verder heeft de concessiehouder natuurlijk ook de mogelijkheid om al verantwoorde of nog te verantwoorden kosten af te keuren.</p> <p>Nota bene: Ook kan de concessiehouder – als het huisbezoek daartoe nadrukkelijk aanleiding geeft - een (ambtelijk) signaal aan het CIZ of BIZ geven met het verzoek tot een tussentijdse herindicatie.</p> 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 | 3 | 3 |

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gereali-seerde score |
|-----------|--|---|----------------------|
| | <p>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> | | |
| D. | Tijdige indiening afrekening bij het Zorginstituut Nederland | | |
| | <p>Norm: De zorgkantoren hebben de aanvraag tot vaststelling van de subsidie 2014 inclusief de accountantsverklaring tijdig, dat wil zeggen voor 1 juli 2015, aan het Zorginstituut Nederland aangeleverd.</p> | 0,5 | 0,5 |
| | <p>Aandachtspunt: Het vooraf maken van heldere afspraken met de SVB zodat kan zorg gedragen kan worden voor het tijdig indienen van de volledige aanvraag tot vaststelling van de subsidie 2014.</p> | | |
| | TOTAAL | Maximaal te behalen score: 7 | 7 |

Bron: NZa

2.9.2 Informatieverzoek openstaande vorderingen PGB

Ultimo 2013 bedroegen de vorderingen op budgethouders PGB € 1.604.000. DSW 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 DSW Zorgkantoor B.V. aan deze informatieverplichting heeft voldaan.

Openstaande saldo PGB

Per 31 december 2014 bedraagt het saldo openstaande vorderingen op budgethouders PGB € 3.442.000. Per 31 december 2013 bedroeg het saldo € 1.604.000. Dit is een stijging van € 1.838.000 (114%). Het percentage openstaande vorderingen ten opzichte van de totale kosten subsidies PGB in 2014 bedraagt 6,1% (in 2013: 2,8%). Van deze vorderingen is 37% ouder dan één jaar, 3% is tussen zes en twaalf maanden oud en 60% is maximaal een half jaar geleden ontstaan. De stijging van de vorderingen (totaal en looptijd korter dan half jaar) wordt veroorzaakt door het opnemen van een vordering op twee grote bemiddelingsbureau voor een bedrag van bijna € 1,8 miljoen. Deze vordering is afkomstig uit een grootschalig fraudeonderzoek.

In het informatieverzoek PGB vorderingen is met betrekking tot ultimo 2014 een saldo van € 3.612.650 opgenomen, terwijl in de financiële verantwoording een bedrag is opgenomen van € 3.442.000. Dit is veroorzaakt doordat bij het informatieverzoek voor een ander peilmoment is gekozen.

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 € 49.693.000 (2013: € 51.831.000). Dit is een kostendaling van 4,1% (landelijk: stijging 0,6%).

2.9.4 Best Practice

Rapportage huisbezoeken

De concessiehouder heeft over de het project huisbezoeken uitgebreid gerapporteerd over hun bevindingen in een separate rapportage. Hierin zijn de uitkomsten gedeeld en conclusies getrokken. De NZa is van mening dat deze rapportage toegevoegde waarde heeft en het een goede manier van presenteren van uitkomsten is.

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 10. Prestatiemeting 2014 Monitoring continuïteit zorgverlening

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gerealiseerde score |
|-----------|---|----------------|---------------------|
| B. | Uitvoering monitoring continuïteit zorgverlening | | |
| B.1 | <p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder vult het EWS met kengetallen op basis van de jaarrekeningen van alle gecontracteerde zorgaanbieders.</p> <p>b. De concessiehouder analyseert deze kengetallen, door gebruik te maken van een beslisboom of een gelijkwaardig analysemodel. De analyse van deze kengetallen is zichtbaar vastgelegd en is gericht op het onderkennen van risico's op mogelijke discontinuïteit van zorg (bijvoorbeeld groen, oranje, rood).</p> <p>c. De concessiehouder heeft op basis van de uitkomsten van het EWS (bijvoorbeeld rood) in 2014 aantoonbaar vervolgacties ondernomen. Bijvoorbeeld het maandelijks opvragen van financiële en andere informatie bij de zorgaanbieder dan wel het aantoonbaar voeren van periodieke gesprekken met de raad van bestuur van de zorgaanbieder met het doel de continuïteit van zorgverlening te bewaken.</p> | n.v.t. | n.v.t. |
| | <p>In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het verbeteren van de controle op de invoer van de gegevens in het EWS.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat het verbeterpunt gedeeltelijk is gerealiseerd. Relatiebeheer controleert en beoordeelt de invoer van de cijfers in het EWS van de medewerkers van de administratie (of uitzendkracht) en de relatiebeheerder vult een datum in als deze review is verricht. Echter niet herleidbaar is wie de datum invult en geadviseerd wordt om te werken met parafen.</p> | | |
| C. | Anticiperen op nieuwe ontwikkelingen | | |
| | <p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder vertaalt de landelijke visie op (mogelijke) consequenties van de kabinetsplannen voor de continuïteit van zorgverlening naar lokaal beleid.</p> <p>b. De concessiehouder heeft inzicht in de toekomstige benodigde intramurale capaciteit in de regio, inzicht in de beschikbare intramurale capaciteit en indien nodig een visie over hoe dit bij elkaar aan te sluiten.</p> <p>c. De concessiehouder voert overleg met stakeholders (onder andere. gemeenten, verzekeraars, zorgaanbieders, cliëntorganisaties) over de ontwikkelingen die consequenties kunnen hebben voor de continuïteit van de zorgverlening.</p> | 2,75 | 2,75 |

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gereali-seerde score |
|-----------|---|--|----------------------|
| D. | Ter inventarisatie: Outcome-indicator continuïteit zorgverlening | n.v.t. | n.v.t. |
| | <p>Concessiehouders hebben een voorstel gedaan voor een outcome-gerichte indicator waarmee kan worden getoetst of zij de continuïteit van de zorgverlening voldoende hebben gewaarborgd. De NZa wil in de prestatiemeting 2014 schaduwdraaien met deze indicator, voordat zij een besluit neemt over mogelijke vervanging en/of aanscherping van nu gehanteerde procesindicatoren.</p> <p>De indicator is gekoppeld aan de doelstelling dat concessiehouders tijdig signaleren dat een zorgaanbieder in de problemen komt en daarop tijdig actie kunnen ondernemen, ten eerste om te voorkomen dat cliënten niet meer de zorg krijgen die zij nodig hebben, en ten tweede om te voorkomen dat er ten onrechte geld wordt overgemaakt.</p> <p>De indicator wordt alleen getoetst indien in de regio('s) van de concessiehouder in 2014 gecontracteerde AWBZ-zorgaanbieders gefailleerd zijn, waardoor er een risico ontstond op discontinuïteit van zorg of het weglekken van AWBZ-middelen.</p> <p>De indicator wordt toegelicht in het Model Uitvoeringsverslag en Financiële verantwoording concessiehouders 2014. De concessiehouder wordt getoetst op de volgende uitkomsten:</p> <p>Norm:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Een voldoende percentage van de cliënten dat een vervangend aanbod is aangeboden (en daarmee in zorg kan blijven). b. Is er geen AWBZ-geld uitgekeerd waar geen rechtmatige en doelmatige levering van AWBZ-zorg tegenover heeft gestaan. <p>NB: Onderdeel a, discontinuïteit van zorg, verstoken zijn van zorg: voorkomen is dat een cliënt die in AZR is gemeld als 'In zorg', geen passende zorg meer ontvangt.</p> <p>NB: Onderdeel b. er is geen geld betaald voor zorglevering terwijl er feitelijk geen zorg geleverd is.</p> | | |
| | <p>Bevinding:</p> <p>In de regio's van het zorgkantoor is in 2014 geen noodzaak geweest om vervangend zorgaanbod te moeten aanbieden. Er zijn geen AWBZ-middelen weggelekt.</p> | | |
| | TOTAAL | Maximaal te behalen score: 2,75 | 2,75 |

Bron: NZa

De concessiehouder moet het verbeterpunt realiseren.

2.10.2 Verdiepende vragen onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening

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

Met ingang van 2015 is de extramurale zorg overgeheveld naar gemeenten en zorgverzekeringwet. 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

Zorgkantoor heeft inzichtelijk hoeveel capaciteit de regio's DWO/NWN moet worden afgebouwd op basis van beschikbare contracteerruimte en demografische ontwikkelingen. Per zorgaanbieder is in beeld gebracht of en hoeveel capaciteit moet worden afgebouwd. Er is een plan per zorgaanbieder waarbij rekening is gehouden met de functionele geschiktheid en kwaliteit van de verschillende gebouwen.

De regio's zijn klein en veelal is binnen een gemeente sprake van slechts één intramurale zorgaanbieder waardoor diversiteit aandacht behoeft. Van nieuw intramuraal aanbod is nauwelijks sprake mede omdat Vpt en het scheiden van wonen en zorg de voorkeur heeft van het zorgkantoor.

Met de cliëntvertegenwoordiging is tijdens de marktconsultatie expliciet gesproken over zorg die gericht is op de individuele cliënt met diens voorkeuren op gebied van bijvoorbeeld religie. Het zorgkantoor wil bevorderen dat instellingen meer vraaggericht gaan werken door aan te sluiten bij de wensen van de cliënt, onder ander door het aanbieden van geestelijke verzorging voor die cliënten die daar behoefte aan hebben.

Continuïteit van zorgaanbieder

Het zorgkantoor heeft voor iedere zorgaanbieder een impactanalyse gemaakt. Per zorgaanbieder is het budget bepaald dat minimaal verdwijnt uit het voormalige AWBZ budget. Dit betreft het budget dat naar andere domeinen gaat of vervalt als gevolg van het extramuraliseren. Op basis van de impactanalyse voorziet de het zorgkantoor geen zorgaanbieders in grote problemen komen door de hervormingen van de langdurige zorg.

In de reguliere overleggen met aanbieders worden de verschillende aanwendingsmogelijkheden voor vastgoed besproken. Hierbij wordt gedacht aan:

- afstoten door verkoop of beëindigen huurcontract;
- omzetten naar verblijf met behandeling;
- verhuur en extramurale zorg leveren;
- omvorming tot een voorziening voor WMO-zorg.

Het zorgkantoor denkt actief mee om bestaand zorgvastgoed beschikbaar te houden voor zorg. Zo wordt bekeken of een voormalig verzorgingshuis in de toekomst kan worden ingezet als logeershuis en worden de mogelijkheden voor het scheiden van wonen en zorg onderzocht.

Het zorgkantoor overlegt niet op structurele basis met woningbouwcoöperaties en banken. De problematiek van het extramuraliseren en de daarmee gepaard gaande effecten van leegstand van zorgvastgoed evenals de behoefte aan geschikte woningen voor ouderen is een van de thema's in de samenwerking met de gemeenten. Per gemeente verschilt het of bij deze gesprekken ook andere partijen aanschuiven zoals woningcorporaties.

Continuïteit van zorg voor de individuele cliënt

Het aantal locaties dat moet worden gesloten is beperkt. Zorgaanbieders houden het zorgkantoor op de hoogte van sluiting van locaties en de daarmee gepaard gaande verhuizingen. De belangrijkste voorwaarden die Het zorgkantoor stelt bij gedwongen verhuizing is dat cliënten en hun naasten tijdig en zorgvuldig worden geïnformeerd. Verder verwacht het zorgkantoor dat het medezeggenschap traject is doorlopen alvorens de verhuizing start.

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 11. Prestatiemeting 2014 Materiële controle

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gereali-seerde score |
|-----------|--|----------------|----------------------|
| A. | Organisatie | | |
| | <p>Norm: De concessiehouder heeft de materiële controle belegd bij een zelfstandige unit/afdeling/projectorganisatie waarbij sprake is:</p> <p>a. Controleteams met voldoende medische deskundigheid. <i>Voldoende medische deskundigheid houdt in dat een BIG-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.</i></p> <p>b. Controleteams waarin voldoende functiescheiding aanwezig is tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles bij zorgaanbieders. <i>Dit houdt in dat zorginkopers niet de controles uitvoeren bij de zorgaanbieders waarvoor zij de zorginkoop verzorgen of dat zij zelfstandig de vervolgacties naar aanleiding van de uitkomsten van materiële controles bepalen.</i></p> <p>c. Betrokkenheid van de coördinator fraudebestrijding bij tenminste de opzet (risicoanalyse) en de evaluatie van de controleresultaten.</p> | 1 | 1 |
| B. | Aanpak | | |
| | <p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft een plan van aanpak voor de uitvoering van materiële controles AWBZ in 2014. Het plan van aanpak is gebaseerd op de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars, de Regeling persoonsgegevens zorgverzekeraars AWBZ en de Regeling zorgverzekering.</p> <p>b. De concessiehouder heeft het controledoel bepaald, een algemene risicoanalyse en een algemeen controleplan opgesteld.</p> <p>c. De concessiehouder heeft, voor zover het controledoel niet is bereikt met de uitvoering van het algemene controleplan, een specifiek controledoel bepaald, een specifieke risicoanalyse en een specifiek controleplan opgesteld.</p> <p>d. De concessiehouder heeft het vastgestelde algemene controledoel en 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 | 0,6 |

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gerealiseerde score |
|-----------|---|----------------|---------------------|
| | <p>Verbeterpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het kwantificeren van de classificaties bovengemiddeld, gemiddeld en laag in het algemene controleplan, zodat dit aansluit op de gekwantificeerde risicoanalyse voor uitvoering van materiële controle. Uit het algemene controleplan 2014 is niet duidelijk vanaf welk cijfer er een detailcontrole wordt uitgevoerd, omdat in het algemene controleplan alleen de eerder genoemde kwalitatieve classificaties worden gebruikt. – Het publiceren van het materiële controleplan op het websitegedeelte voor verzekeren. (aan dit verbeterpunt is in 2015 gerealiseerd). – Het expliciet vermelden van de werkwijze van het zorgkantoor betreffende procedurele waarborgen van de persoonsgegevens in het algemene controleplan. | | |
| C. | Uitvoering materiële controles | | |
| C.1 | <p>Norm:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 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. 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). d. De concessiehouder heeft de materiële controle 2014 uitgevoerd conform de algemene en specifieke controleplannen. 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). f. De concessiehouder heeft bij de detailcontroles en de enquêtes rekening gehouden met de procedurele waarborgen uit de Regeling zorgverzekering. | 3 | 2,3 |
| | <p>Verbeterpunt:</p> <p>Het zichtbaar vastleggen en vast te stellen of cliënt en/of diens naasten op de hoogte zijn van de inhoudelijke zorgvraag van betreffende cliënt.</p> | | |

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gereali-seerde score |
|-----------|---|--------------------------------------|----------------------|
| C.2 | <p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft in 2014 voor elke uitgevoerde materiële controle een foutenevaluatie opgesteld en indien noodzakelijk de (detail)controles uitgebreid.</p> <p>b. De concessiehouder heeft na constatering van onregelmatigheden een onderbouwde afweging gemaakt voor het instellen van vervolgacties.</p> <p>c. De concessiehouder heeft op basis van de evaluatie van de bevindingen van de materiële controles adequate directe maatregelen getroffen richting de zorgaanbieder, bijvoorbeeld een waarschuwing, terugvordering (op basis van extrapolatie van de bevindingen), stelselmatige controle en de resultaten daarvan inzichtelijk maken.</p> <p>d. De concessiehouder heeft bij vermoeden van misbruik of oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld voor het instellen van nader onderzoek.</p> <p>e. De concessiehouder heeft na afweging voor vervolgacties adequate maatregelen getroffen richting externe instanties, bijvoorbeeld het informeren van IGZ, het indienen van een klacht bij tuchtrechter, het inlichten van de NZa, het melden aan Externe Verwijs Register door de coördinator fraudebestrijding.</p> <p>f. De uitkomsten van de materiële controles zijn zodanig vastgelegd dat verantwoording aan en toetsing door toezichthouders mogelijk is.</p> | 3 | 3 |
| D. | Managementsturing en -informatie | | |
| | <p>Norm:</p> <p>Het management van de concessiehouder wordt in 2014 in elk geval maandelijks of per kwartaal aantoonbaar geïnformeerd door middel van periodiek overleg of schriftelijke managementinformatie over de opzet, de voortgang, de resultaten en de vervolgacties van materiële controles.</p> <p>Het management van de concessiehouder stuurt aantoonbaar op de voortgang, de uitkomsten en vervolgacties van materiële controles via periodiek overleg of managementinformatie.</p> | 2 | 2 |
| | TOTAAL | Maximaal te behalen score: 10 | 8,9 |

Bron: NZa

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

2.11.1.1 *Reactie concessiehouder*

De concessiehouder geeft aan dat met betrekking toetspunt C.1 er een puntenaftrek heeft plaatsgevonden van 0,7 punt. De concessiehouder geeft aan dat hij een werkwijze hanteert boven dat wat gebruikelijk en vereist wordt. De concessiehouder geeft aan dat hij bij de detailcontrole minimaal één cliënt van de zorgaanbieder interviewt.

Dit doet de concessiehouder om een beter totaalbeeld van de zorg in de instelling te krijgen. Van een dergelijk interview wordt een kort verslag gemaakt. De concessiehouder geeft aan dat de NZa heeft aangegeven dat in het gesprek en het verslag nadrukkelijker ingegaan moet worden op de vraag of de cliënt op de hoogte is van diens zorgplan. Dit heeft geleid tot een forse puntenaftrek (23% van het te behalen punten). De concessiehouder is van mening dat puntenaftrek plaatsvindt op iets waar

hij niet verplicht toe is en wat niet in het normenkader is opgenomen. Puntenaftrek zou vermoedelijk niet plaatsgevonden hebben als de interviews niet zouden hebben plaatsgevonden. De concessiehouder is het met de puntenaftrek beslist oneens.

2.11.1.2 *Reactie NZa*

De norm voor het beoordelen van het proces materiële controle is rechtmatigheid en doelmatigheid. Om vast te stellen of de gedeclareerde zorg voldoet aan deze doelstellingen moet in eerste instantie vastgesteld worden of de zorg geleverd is. Dit kan door de afnemer van deze zorg, lees cliënt, te interviewen. Laatstgenoemde maakt onderdeel uit van het proces van materiële controle en is daarom ook onderdeel van ons onderzoek.

Om te beoordelen of de geleverde zorg inhoudelijk aansluit bij de gedeclareerde zorg dient de vraag ook zo concreet mogelijk gesteld te worden aan de cliënt. De vraag aan cliënt of 'de zorg' geleverd is, is op basis van onze beoordeling onvoldoende. Bij het stellen van deze vraag gaat de concessiehouder ervan uit dat de cliënt op de hoogte is van zijn inhoudelijke zorgvraag en dit hoeft niet altijd zo te zijn. Uit de praktijksituatie, die ook bij de concessiehouder bekend is, is al gebleken dat de interpretatie van zorg per cliënt kan verschillen. Om de problemen met deze interpretatie op te lossen dient de concessiehouder de vraag anders te stellen en aan de cliënt te vragen wat hij geleverd krijgt. Op basis van deze antwoorden kan de concessiehouder bepalen of de geleverde zorg voldoet aan de rechtmatigheid- en doelmatigheidseisen.

2.12 Prestatie-indicator 11: Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik

2.12.1 Prestatiemeting Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik

In deze paragraaf zijn de uitkomsten opgenomen van het onderzoek 2014 naar het functioneren van de concessiehouder toegespitst op de prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik.

Tabel 12. Prestatiemeting 2014 Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gereali-seerde score |
|-----------|--|----------------|----------------------|
| A. | Organisatie | | |
| | <p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft in 2014 een coördinator fraudebestrijding en een specifieke fraudeafdeling die medewerkers van het zorgkantoor structureel betreft bij zijn werkzaamheden of een fraudewerkgroep, waarin medewerkers van het zorgkantoor zitting hebben.</p> <p>b. De coördinator fraudebestrijding heeft een zelfstandige bevoegdheid tot het instellen van onderzoek op risicogebieden in de AWBZ.</p> <p>c. De coördinator fraudebestrijding en de medewerkers op de specifieke fraudeafdeling beschikken over duidelijke functie-omschrijvingen.</p> <p>d. De medewerkers moeten beschikken over deskundigheden voor de werkzaamheden in kader van bestrijding van M&O (bijvoorbeeld door opleidingen en/of ervaring).</p> <p>e. De coördinator fraudebestrijding en de specifieke fraudeafdeling moeten zijn aangesloten bij de organisatie en ontwikkelingen bij ZN/VvV op terrein van bestrijding van zorgfraude.</p> | 2 | 2 |
| B. | Aanpak | | |
| | <p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft in 2014 een actueel en gestructureerd plan van aanpak gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ. Het plan van aanpak voldoet aan de eisen van het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap en het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële instellingen.</p> <p>b. De concessiehouder heeft in het plan van aanpak opgenomen op welke wijze invulling wordt gegeven aan het Convenant aanpak verzekeringsfraude.</p> <p>c. Het plan van aanpak bevat een transparante risicoanalyse gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ.</p> <p>d. De risico's zijn vertaald naar onderzoeken op risico's en een planning voor de onderzoeken.</p> <p>e. Uit het plan van aanpak blijkt dat de concessiehouder invulling geeft aan wat is bepaald in artikel 7.10 van de Regeling zorgverzekering.</p> | 1 | 1 |

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gereali-seerde score |
|-----------|---|----------------|----------------------|
| C. | Uitvoering onderzoeken gericht op bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik | | |
| C.1 | <p>Norm:</p> <p>a. De concessiehouder heeft in 2014 voorlichting gegeven aan zorgkantoormedewerkers over bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik, bijvoorbeeld in de vorm van presentaties of cursussen ter verhoging van alertheid van medewerkers.</p> <p>b. De concessiehouder heeft in 2014 aantoonbaar bestands- of systeemvergelijkingen uitgevoerd op mogelijke risicogebieden van misbruik en oneigenlijk gebruik.</p> <p>c. De concessiehouder heeft in 2014 verdiepend vervolgonderzoek uitgevoerd op signalen of vermoedens van misbruik en oneigenlijk gebruik, bijvoorbeeld op basis van signalen uit de monitoring van aanbieders, de materiële controles, de globale of intensieve PGB-controles of de bestands- of systeemvergelijkingen.</p> <p>d. De concessiehouder heeft in 2014 in voldoende mate aandacht besteed aan signalering, opsporing en afdoening van vermoeden van intern misbruik en oneigenlijk gebruik.</p> | 1,5 | 1,5 |
| C.2 | <p>Norm:</p> <p>De concessiehouder heeft in 2014 bij alle vermoedens van misbruik en oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld.</p> | 1 | 1 |
| C.3 | <p>Norm:</p> <p>De concessiehouder heeft in 2014 bij geconstateerde onregelmatigheden als gevolg van misbruik en oneigenlijk gebruik steeds de volgende acties uitgevoerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - terugvorderen onrechtmatig bestede AWBZ/pgb-middelen of het verrekenen van deze middelen met de bevoorschotting of afrekening van zorgaanbieders; - melden van vermoeden van misbruik bij het fraudeloket van het kenniscentrum ZN en registratie in het IVR en het EVR (voor EVR geldt dat dit geen hard toetspunt is gelet op standpunt NVB); - aangifte doen bij de politie of het OM; - melden geconstateerd oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden aan beleidsbepalende organisaties, zoals het Ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland en/of de NZa. | 2 | 2 |
| D. | Vastlegging signalen | | |
| | <p>Norm:</p> <p>De concessiehouder registreert signalen van misbruik en oneigenlijk gebruik in een database, een interne verwijzingsindex of een incidentenregister (hierna: database). De concessiehouder moet in de database in 2014 in ieder geval hebben vastgelegd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - welke signalen van vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik betrekking hebben op de AWBZ; - welke signalen van vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik betrekking hebben op verzekeren en op zorgaanbieders; - in welke mate (aantallen en bedragen) sprake is van daadwerkelijk geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik; - de aard van het misbruik en oneigenlijk gebruik. | 1 | 1 |
| E. | Managementinformatie | | |

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gerealiseerde score |
|-----------|---|--------------------------------------|---------------------|
| | <p>Norm: Het management van de concessiehouder wordt in 2014 in elk geval maandelijks of per kwartaal aantoonbaar geïnformeerd door middel van periodiek overleg of schriftelijke managementinformatie over de opzet, de voortgang, de resultaten en de vervolgacties van onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik. Het management van de concessiehouder stuurt aantoonbaar op de voortgang, de uitkomsten en vervolgacties inzake bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik via periodiek overleg of managementinformatie.</p> | 0,5 | 0,5 |
| F. | Audit interne of externe accountantsdienst | | |
| | <p>Norm: De interne of externe accountant heeft het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit in 2012, 2013 of 2014 getoetst op naleving. Er is een rapport van bevindingen opgesteld die ingaat op de eisen uit het Protocol en waarbij ook de invulling van de Monitor Fraudebeheersing is beoordeeld.</p> | 1 | 1 |
| | TOTAAL | Maximaal te behalen score: 10 | 10 |

Bron: NZa

De concessiehouder heeft de prestatie-indicator Bestrijding misbruik (fraude) en oneigenlijk gebruik goed uitgevoerd.

2.12.2 Best Practice

De concessiehouder heeft als enige concessiehouder op alle toetspunten de maximale score behaald.

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 13. Prestatiemeting 2014 Administratieve organisatie en interne beheersing

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gerealiseerde score |
|-----|--|----------------|---------------------|
| A. | Kwaliteit administratieve organisatie en interne beheersing | | |
| A.2 | <p>Norm: De concessiehouder beschikt over een voor aanvang van het controlejaar 2014 opgesteld controleplan. Uit het controleplan blijkt dat de aanpak zodanig is opgezet dat voldaan wordt aan de betrouwbaarheids- en nauwkeurigheidseisen die genoemd worden in de NZa Regeling VA/NR-100.048 Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars. De concessiehouder moet in de loop van het kalenderjaar het protocol ook aanpassen als de actualiteiten dat vereisen.</p> | n.v.t. | n.v.t. |
| | <p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het vaststellen van een controleplan voor aanvang van het controlejaar.</i></p> <p>De NZa heeft geconstateerd dat dit verbeterpunt is gerealiseerd.</p> | | |
| A.5 | <p>Norm: Het management van de concessiehouder heeft in 2014 maandelijks of per kwartaal betrouwbare managementinformatie van goede kwaliteit ontvangen over de uitkomsten van de uitgevoerde interne controles en stuurt aantoonbaar op deze managementinformatie. De bespreking van de managementinformatie en de follow-up is schriftelijk vastgelegd.</p> | n.v.t. | n.v.t. |
| | <p>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het aantoonbaar sturen op managementinformatie. Er worden geen gespreksverslagen opgesteld van deze besprekingen. De bevindingen en acties worden echter wel in het controleplan verwerkt.</i></p> <p>De NZa heeft geconstateerd dat dit verbeterpunt ook in 2014 nog van toepassing was. Er worden geen aparte gespreksverslagen opgesteld. De concessiehouder heeft aangegeven dat de voortgang geïntegreerd is in het controleplan. Het onderdeel "voortgang" in dit controleplan beschouwt de concessiehouder als een gespreksverslag.</p> | | |
| | Verbeterpunt: | | |
| B. | Kwaliteit geautomatiseerde gegevensverwerking | | |
| B.4 | <p>Norm: 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>Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>Het aanpassen van de wachtwoordpolicy en het verbeteren van de controle op de naleving van deze wachtwoordpolicy.</i></p> <p>Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt gedeeltelijk is gerealiseerd. Doordat het wachtwoordbeleid niet voor alle gebruikersaccounts gelijk is (het uitschakelen van het gebruikersaccount bij inactiviteit), bestaat het risico dat wijzigingen gemaakt kunnen worden door ongeautoriseerde gebruikers. Er moeten periodiek controles uitgevoerd worden op mogelijke uitzonderingen op het wachtwoordbeleid en het verdient aanbeveling om deze controle en de eventuele opvolging, vast te leggen ter verantwoording achteraf. De concessiehouder heeft aangegeven dat dit verbeterpunt in 2015 gerealiseerd is.</p> | | |

| Nr. | Toetsingsaspect | Maximale score | Gerealiseerde score |
|-----|--|--|---------------------|
| | Verbeterpunt: Het verbeteren van de controle op de naleving van de wachtwoordpolicy. | | |
| B.5 | Norm: 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. | n.v.t. | n.v.t. |
| | Bevinding: In het rapport van 2013 was het volgende verbeterpunt opgenomen: <i>het opstellen van een impact- en risicoanalyse voor changemanagement.</i> Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat dit verbeterpunt is opgevolgd. | | |
| | TOTAAL | Maximaal te behalen score: n.v.t. | n.v.t. |

Bron: NZa

De concessiehouder moet het vermelde verbeterpunt realiseren.

3. Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken

3.1 Opvolging verbeterpunten 2013

In het rapport uitvoering AWBZ 2013 heeft de NZa geen verbeterpunten opgenomen omdat de concessiehouder alle beoordeelde prestatie-indicatoren over 2013 goed heeft uitgevoerd.

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. Er waren geen cruciale verbeterpunten die de concessiehouder moest opvolgen.

4. Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven 2014

4.1 Inleiding

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

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

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

4.2 Wettelijke reserve en beheerskosten 2014

4.2.1 Inleiding

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

4.2.2 Bevindingen

Beheerskosten

In tabel 14 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 € 8.923.000 betreft de nadere vaststelling van het budget zoals vastgesteld door Zorginstituut Nederland d.d. 30 maart 2015.

Tabel 14. Beheerskosten en wettelijke reserve AWBZ

| Kerngegevens concessiehouder | 2014 | 2013 ² |
|---|-------|-------------------|
| Budget beheerskosten AWBZ boekjaar (x € 1.000) | 8.923 | 6.181 |
| Beheerskosten AWBZ boekjaar (x € 1.000) | 8.512 | 6.178 |
| Budgetresultaat beheerskosten AWBZ boekjaar (x €1.000) | 411 | 3 |
| Wettelijke reserve AWBZ ultimo jaar (x € 1.000) | 580 | 125 |
| Stijging beheerskosten ten opzichte van voorgaand jaar in % | 37,8% | -/- 8,2% |
| Wettelijke reserve AWBZ als percentage van het budget beheerskosten AWBZ boekjaar | 6,5% | 2,0% |

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

De beheerskosten zijn in 2014 ten opzichte van 2013 met 37,8%

€ 2.334.000 gestegen. De belangrijkste redenen voor deze stijging zijn:

- De personeelskosten zijn gestegen omdat er extra personeel ingezet is wegens eenmalige werkzaamheden verband houdende met de pilot trekkingrechten en de Hervorming Langdurige Zorg.
- De huisvestingskosten en de automatiseringskosten zijn gestegen omdat de doorbelasting van de huisvestingskosten samen hangt met de hoeveelheid personeelsleden. Aangezien er in 2014 extra personeel is ingezet zijn de huisvestingskosten en de automatiseringskosten ook gestegen.
- De overige beheerskosten zijn gestegen door extra contributie bijdrage aan ZN, de inschatting van juridische kosten bij de PGB-zaken, de accountantskosten en de doorbelasting aan de hand van het doorbelastingsmodel.

Budgetresultaat

Het budgetresultaat over 2014 bedraagt € 411.000 (2013: € 3.000).

Voorwaardelijke budgetten

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

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

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

Wettelijke reserve AWBZ

De stand van de wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2014, zoals opgenomen in de financiële verantwoording van de concessiehouder bedraagt € 580.000. De wettelijke reserve AWBZ per 31 december 2013 bedroeg € 125.000.

² Hierbij zijn de cijfers genomen uit het rapport over 2013. Deze kunnen verschillen met de door de concessiehouder opgenomen cijfers in het financieel verslag met betrekking tot 2013.

De concessiehouder heeft in 2014 rendement toegerekend aan de wettelijke reserve AWBZ.

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 ad € 8.512.000 rechtmatig zijn. De voorwaardelijke budgetten die zijn toegekend in de nadere aanwijzing besteedbare middelen beheerskosten AWBZ zijn geen onderdeel van dit onderzoek. Hierover zal nog een separate verantwoording plaatsvinden.

4.2.4 Opvolging onderzoek 2013

Er waren in het Rapport Uitvoering AWBZ 2013 van Zorgkantoor DSW B.V. geen verbeterpunten opgenomen in de samenvatting van het rapport ten aanzien van de wettelijke reserve AWBZ en de beheerskosten AWBZ.

4.3 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2014

4.3.1 Inleiding

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

4.3.2 Bevindingen

In tabel 15 zijn de kerngegevens opgenomen over de bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ.

Tabel 15. Bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten AWBZ³

| Kerngegevens concessiehouder | 2014 (x € 1.000) | 2013 (x € 1.000) |
|--|-------------------------|-------------------------|
| Bedrijfsopbrengsten AWBZ | | |
| Vergoeding zorgaanpakken via CAK | 660.552 | 647.572 |
| Budget beheerskosten AWBZ | 8.969 | 6.181 |
| Rentevergoedingen AFBZ bij afrekeningen | 2 | -/- 1 |
| Overige (rente) opbrengsten | -/- 4 | -/- 1 |
| Vergoeding AFBZ rechtstreeks met Zorginstituut Nederland te verrekenen kosten en opbrengsten (saldo) | -/- 7 | 59 |
| (-/-) Eigen bijdragen via nevenincasso | 0 | 0 |
| Overige opbrengsten en vergoedingen van derden | 7 | 4 |
| Totaal bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies | 669.519 | 653.814 |
| | | |
| Subsidies | 49.693 | 52.763 |
| Totaal subsidies | 49.693 | 52.763 |
| | | |
| Totaal bedrijfsopbrengsten AWBZ | 719.212 | 706.577 |
| | | |
| Bedrijfslasten AWBZ | | |
| Bruto schaden AWBZ via het CAK | 658.875 | 639.695 |
| Bruto schaden AWBZ niet via het CAK | 0 | 63 |
| Bruto schaden AWBZ via het CAK voorgaande jaren | 1.677 | 7.877 |
| Bruto schaden AWBZ niet via het CAK voorgaande jaren | 0 | 0 |
| Totaal schaden AWBZ exclusief subsidies | 660.552 | 647.635 |
| | | |
| Kosten subsidieregelingen | 56.322 | 58.108 |
| Kosten subsidieregelingen voorgaande jaren | -/- 6.629 | -/- 5.346 |
| Totaal kosten subsidieregelingen | 49.693 | 52.763 |
| | | |
| Totaal schaden AWBZ | 710.245 | 700.397 |
| | | |
| <i>Totaal bedrijfskosten</i> | 8.512 | 6.178 |
| | | |
| Totaal bedrijfslasten AWBZ | 718.757 | 706.575 |
| | | |
| Resultaat | 455 | 2 |

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

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.

³ In de tabel kunnen afrondingsverschillen zijn ontstaan.

4.3.3 Oordeel NZa

De NZa constateert dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies (€ 669.519.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 660.552.000) over 2014 rechtmatig zijn.

4.3.4 Onrechtmatigheden in de verantwoording 2014

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2014 geen onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ zijn geconstateerd.

4.3.5 Onzekerheden over de rechtmatigheden in 2014

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2014 geen onzekerheden over de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven bestaan.

4.3.6 Opvolging onderzoek 2013

Bij haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ in 2013 heeft de NZa geen onrechtmatige bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ geconstateerd.

De NZa heeft ook geen onzekerheden over de rechtmatigheid geconstateerd met betrekking tot de bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ.

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 hoefde zich niet te verantwoorden over de opvolging van verbeterpunten vorige onderzoeken.

5.4 Uitvoeringsverslag

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

- De verandering in de informatietaak ten opzichte van het voorgaande verslagjaar wordt niet beschreven.
- Er zijn geen knelpunten benoemd die de concessiehouder heeft ondervonden bij de zorgbemiddeling.
- De concessiehouder besteedt in het rapport veel aandacht aan de wachtlijsten en doorontwikkeling hiervan, echter of ook in samenwerking het Zorginstituut Nederland en andere concessiehouders wordt gewerkt aan de doorontwikkeling van de wachtlijstregistratie is onduidelijk.
- De uitkomsten van de outcome indicator voor de (telefonische) bereikbaarheid (weergegeven in taak 1 in plaats van taak 3) worden niet toegelicht.
- De toelichting over het beleid jegens zorgaanbieders inzake capaciteitsmutaties en principeafspraken met een looptijd van meerdere jaren.

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 aspecten:

- Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik: onvoldoende beschreven is wat de planning voor 2014 is en welke risicoanalyse er gehanteerd is.

Verder is onvoldoende beschreven over welke risicogebieden de concessiehouder signalen heeft ontvangen.

- Het toerekenen van beheerskosten AWBZ (taak 18) is summier beschreven.

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 nagenoeg volledig en opgesteld volgens het model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2014. De financiële verantwoording geeft aanleiding tot het maken van de volgende opmerking:

- Onder voorzieningen ontbreekt de toelichting met betrekking tot de totstandkoming en berekening van de volgende posten:
 - via het CAK aan zorgaanbieders te betalen uit hoofde van zorgaanspraken;
 - te verzenden betalingsopdrachten, Effecten van correcties, aanvullingen en ingediende nacalculaties, rechtstreeks aan zorgaanbieders te betalen uit hoofde van zorgaanspraken, schadeafhandelingskosten.
- In het verloopoverzicht van de wettelijke reserve AWBZ is onder het financieel rendement een saldering opgenomen van twee renteposten. Op deze regel moet uitsluitend het rendement opgenomen worden wat is toegerekend over de wettelijke reserve AWBZ zoals bedoeld in artikel 4.6 van het Besluit Wet financiering sociale verzekeringen.

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 concessiehouders 2014.

De verklaring over de rechtmatigheid heeft als oordeel dat de schaden AWBZ (inclusief schaden AWBZ voorgaande jaren), bedrijfsopbrengsten AWBZ en beheerskosten AWBZ tot stand zijn gekomen in overeenstemming met de van toepassing zijnde wettelijke regelingen.

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.