

Samenvattend rapport

Uitvoering AWBZ 2012

door concessiehouders, AWBZ-verzekeraars
en het CAK

November 2013

Inhoud

Vooraf	7
Managementsamenvatting	9
1. Inleiding	23
1.1 Samenvattend rapport	23
1.2 Verantwoordingsstructuur AWBZ	23
1.2.1 Wettelijk kader	23
1.2.2 Mandatering	24
1.2.3 Aanwijzing zorgkantoren 2012	24
1.3 Onderzoeksubjecten	24
1.3.1 Concessiehouders (zorgkantoren)	24
1.3.2 AWBZ-verzekeraars	25
1.3.3 CAK	26
1.4 Prestatiemeting concessiehouders	27
1.5 AWBZ in kwantitatieve zin	27
1.5.1 Concessiehouders	27
1.5.2 AWBZ-verzekeraars	27
1.5.3 CAK	28
2. Uitkomsten prestatiemeting concessiehouders	29
2.1 Inleiding	29
2.2 Totaalscores	30
2.2.1 Einduitkomsten concessiehouders 2012	30
2.2.2 Toelichting uitkomsten onderzoek	31
2.3 Prestatie-indicator Zorg in natura	32
2.3.3 Vergelijking met voorgaande jaren	33
2.4 Prestatie-indicator Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg	35
2.5 Prestatie-indicator Klachtenbehandeling	37
2.5.1 Inleiding	37
2.5.2 Te stellen eisen	38
2.5.3 Vergelijking met voorgaande jaren	39
2.5.4 Verbeterpunten	39
2.5.5 Analyse	39
2.5.6 Vervolgactie	39
2.5.7 Best practices Klachtenbehandeling	40
2.6 Prestatie-indicator Contracteerproces	40
2.7 Prestatie-indicator Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	41
2.7.1 Inleiding	41
2.7.2 Te stellen eisen aan de onderzochte toetsingsaspecten	41
2.7.3 Vergelijking met voorgaande jaren	41
2.7.4 Verbeterpunten	41
2.7.5 Analyse	41
2.7.6 Vervolgacties	42
2.8 Prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening	42
2.9 Prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	45
2.10 Prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en VPZ	47
2.11 Prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening	51
2.11.1 Inleiding	51
2.11.2 Te stellen eisen	51
2.11.3 Vergelijking met voorgaande jaren	52
2.11.4 Verbeterpunten	52
2.11.5 Analyse	53

2.11.6	Vervolgacties	53
2.11.7	Best practices Monitoring continuïteit zorgverlening	54
2.12	Prestatie-indicator Materiële controle	54
2.12.1	Inleiding	54
2.12.2	Te stellen eisen	54
2.12.3	Vergelijking met voorgaande jaren	55
2.12.4	Verbeterpunten	55
2.12.5	Analyse	56
2.12.6	Vervolgactie	57
2.12.7	Best practices Materiële controle	57
2.13	Prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik	57
2.13.1	Inleiding	57
2.13.3	Vergelijking met voorgaande jaren	58
2.14	Prestatie-indicator Administratieve organisatie en interne beheersing	62
2.14.1	Inleiding	62
2.14.3	Vergelijking met voorgaande jaren	62
2.14.7	Best practices Administratieve organisatie en interne beheersing	64
2.15	Opvolging verbeterpunten 2011	64
2.15.1	Opvolging verbeterpunten door concessiehouders	64
2.15.2	Toelichting	65
2.15.3	Vervolgactie	65
2.16	Afdoening vorig onderzoek	65
2.16.1	Opvolging verbeterpunten 2010 door concessiehouders	65
2.16.2	Toelichting	65
2.16.3	Vervolgactie	65
2.17	Kwaliteit verantwoordingsinformatie	66
3.	Verdiepend onderzoek bij concessiehouders	69
3.1	Inleiding	69
3.2	Bevindingen verdiepend onderzoek Zorg in natura	69
3.2.1	Algemeen	69
3.2.2	Extramuralisering en strategisch gedrag zorgaanbieders	70
3.2.3	Gevolgen van extramuralisering voor zorgvraag cliënten	70
3.2.4	Samenwerking met gemeenten	71
3.3	Bevindingen verdiepend onderzoek klachtenbehandeling	71
3.3.1	Algemeen	71
3.3.2	Deskundigheid klachtenafhandeling	72
3.3.3	Aantal klachten en verantwoording	72
3.3.4	Aantallen en samenstelling van klachten	72
3.3.5	Tijdige afhandeling van klachten	73
3.4	Bevindingen verdiepend onderzoek Contracteerproces	74
3.4.1	Algemeen	74
3.4.2	Contractering nieuw innovatief aanbod	74
3.4.2.1	Innovatief aanbod bij nieuwe en bestaande zorgaanbieders	74
3.4.2.2	Voornemens contracteren innovaties in 2014	75
3.4.3	Contractering van zelfstandigen zonder personeel	75
3.4.4	Controle zorgaanbieders op website-informatie over bijbetalingen	76
3.5	Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte	76
3.5.1	Algemeen	76
3.5.2	Anticiperen op extramurale zorgvraag	76
3.6	Innovatie en kwaliteit zorgverlening	77
3.6.1	Algemeen	77
3.6.2	Samenwerking met gemeenten in het kader van dementiezorg en maatschappelijke opvang	77
3.6.3	Gevolgen extramuralisering voor kwaliteit van zorg	78
3.7	Bevindingen verdiepend onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor Zorg in natura	78
3.7.1	Algemeen	78

3.7.2	Tijdige en juiste aanlevering van declaratie op cliëntniveau	78
3.7.3	Volledigheid van declaratie op cliëntniveau	80
3.7.4	Verwerking van indicaties van BJZ	80
3.8	Bevindingen verdiepend onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor PGB en VPZ	81
3.8.1	Algemeen	81
3.8.2	Kosten PGB en openstaande saldi budgethouders	81
3.8.3	Effect informatieverzoeken	81
3.8.4	Uitvoering vergoedingsregeling VPZ	84
3.9	Bevindingen verdiepend onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening	84
3.9.1	Algemeen	84
3.9.2	Beoordeling van vermogenspositie van fusiepartners	85
3.9.3	Extramuralisering en 'plan B'	85
3.9.4	Gevolgen extramuralisering voor continuïteit van zorg	86
3.9.4.1	Te verwachten gevolgen	86
3.9.4.2	Vastgoedproblematiek	86
3.9.4.3	Visie van concessiehouder op extramuralisering	87
4.	Rechtmatigheid concessiehouders en AWBZ-verzekeraars	89
4.1	Inleiding	89
4.2	Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven concessiehouders	89
4.2.1	Algemeen	89
4.2.2	Opvolging onderzoek 2011	89
4.2.3	Betrouwbaarheid en nauwkeurigheid	89
4.2.4	Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2012	90
4.2.4.1	Onrechtmatigheden in de verantwoording	91
4.2.4.2	Onzekerheden in de verantwoording	91
4.2.4.3	Overige opmerkingen	91
4.2.5	Wettelijke reserve en beheerskosten AWBZ	92
4.2.5.1	Inleiding	92
4.2.5.2	Bevindingen 2012	92
4.3	Rechtmatigheid uitgaven / lasten AWBZ- verzekeraars	94
4.3.1	Inleiding	94
4.3.2	Rechtmatigheid uitgaven / lasten 2012	94
4.3.3	Onrechtmatige uitgaven / lasten 2012	95
4.3.4	Onzekerheden over de rechtmatigheid 2012	95
4.3.5	Opvolging vorig onderzoek	95
5.	Uitvoering AWBZ door het CAK	97
5.1	Inleiding	97
5.2	Uitvoering AWBZ in 2012	97
5.2.1	De uitvoering 2012: ontwikkelingen	97
5.2.2	Verdiepend onderzoek naar tijdigheid eigen bijdrage proces Zorg met Verblijf	97
5.3	Rechtmatigheid van geldstromen	99
5.3.1	Betrouwbaarheid en nauwkeurigheid	99
5.3.2	Rechtmatigheid van geldstromen in 2012	100
5.4	Maatregelen CAK	100
6.	Toekomstige ontwikkelingen in de AWBZ	101
6.1	Overheveling van extramurale AWBZ-zorg	101
6.2	Langer thuis wonen	101
	Bijlage 1. Scores 2012 per concessiehouder per prestatie-indicator	103
	Bijlage 2. Overzicht van het totaal van schaden, bedrijfskosten en bedrijfslasten over 2012	105
	Bijlage 3. Overzicht ontwikkeling PGB	107

Vooraf

Het toezicht houden op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is één van de wettelijke taken van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De borging van de publieke belangen: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de AWBZ-zorg speelt in dit toezicht een belangrijke rol.

In het openbare Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ rapporteert de NZa elk jaar voor 1 december aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) over de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ.

Het onderzoek wordt jaarlijks uitgevoerd bij alle concessiehouders, AWBZ-verzekeraars en het CAK. De toetsingsaspecten zijn een selectie uit een vooraf vastgesteld normen- en beoordelingskader, signaalonderzoek, thematisch (verdiepend) onderzoek en rechtmatigheidsonderzoek.

De NZa heeft in dit Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2012 de uitkomsten van haar onderzoek samengevat. Daarnaast heeft de NZa in een afzonderlijk rapport per concessiehouder, per AWBZ-verzekeraar en het CAK gerapporteerd over de uitvoering van de AWBZ door deze individuele partijen.

De NZa constateert grote verschillen in het functioneren van concessiehouders. Hierbij zijn onvoldoendes gescoord bij de prestatie-indicatoren Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg, Materiële controle, Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik en Administratieve organisatie en interne beheersing.

De Nederlandse Zorgautoriteit

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Belangrijkste bevindingen

In het Samenvattend Rapport Uitvoering AWBZ rapporteert de NZa elk jaar over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven AWBZ door de AWBZ-verzekeraars, de concessiehouders (zorgkantoren) en het CAK in het voorafgaande kalenderjaar.

Hoe goed hebben de concessiehouders de AWBZ uitgevoerd in 2012? Op basis van de totaalscores (zie tabel 1) concludeert de NZa dat alle concessiehouders de AWBZ over het geheel van de onderzochte prestatie-indicatoren de AWBZ minimaal voldoende hebben uitgevoerd. Een aantal concessiehouders zit wel net op of boven de grens van 55%. In 2011 was er één concessiehouder die over het geheel van de toen onderzochte indicatoren onvoldoende scoorde. Acht concessiehouders scoren over 2012 als totaalscore 'goed' (ten opzichte van zes over 2011). Ook bij een totaalscore 'goed' zijn er meerdere indicatoren waarvoor de score minder is. Vier concessiehouders scoorden in 2012 op één of meer prestatie-indicatoren een onvoldoende.

Tabel 1. Ranking scores concessiehouders

	Concessiehouder	Score 2012	Score 2011	Score 2010
1.	Zorgkantoor DSW B.V.	98%	100%	100%
2.	Zorgkantoor Friesland B.V.	91%	71%	100%
3.	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	89%	85%	92%
	CZ Zorgkantoor B.V.	89%	75%	83%
5.	Trias Zorgkantoor B.V.	82%	90%	92%
	VGZ Zorgkantoor B.V.	82%	90%	79%
	Univé Zorgkantoor B.V.	82%	90%	75%
8.	Stichting Zorgkantoor Menzis	80%	70%	83%
9.	Salland Zorgkantoor B.V.	61%	43%	71%
10.	Achmea Zorgkantoor N.V.	57%	55%	63%
11.	Agis Zorgverzekeringen N.V.	55%	90%	83%

Bron: NZa

Toelichting: De concessiehouder, aflopend gerangschikt op de eindscore in 2012. Ter vergelijking zijn ook de eindscores over 2011 en 2010 vermeld.

De belangrijkste conclusies uit het onderzoek 2012 zijn:

Tabel 2. Top 5 Belangrijkste conclusies

	Conclusie
1.	Acht concessiehouders scoren goed, drie concessiehouders een krappe voldoende. De verschillen tussen concessiehouders zijn groot. Geconstateerd wordt dat de kleinere concessiehouders beter scoren dan de grotere.
2.	Vier concessiehouders scoren op één of meerdere indicatoren een onvoldoende. Dit betreft de processen Materiële controle, Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik, Administratieve organisatie en interne controle en PGB. De vier concessiehouders met een onvoldoende voor de indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik vertegenwoordigen samen bijna de helft van de verzekerdenpopulatie.
3.	Een toenemend aantal concessiehouders heeft te maken met een negatieve wettelijke reserve AWBZ (ultimo 2012: vijf).
4.	Alle concessiehouders controleren de websites van de zorgaanbieders op de aanwezigheid van publieksinformatie over aanvullende diensten en de bijbetalingen.
5.	De door de NZa waargenomen best practices zijn geconcentreerd bij vijf van de elf concessiehouders.

Bron: NZa

De verschillen in score tussen de concessiehouders zijn groot. Bij de algemene beoordeling 2012 komt concessiehouder DSW Zorgkantoor B.V., net als in 2011, als beste tevoorschijn. De concessiehouders Achmea Zorgkantoor N.V., Agis Zorgverzekeringen N.V. en Salland Zorgkantoor B.V. scoren daarentegen relatief laag. Ook in 2011 scoorden Achmea Zorgkantoor B.V. en Salland Zorgkantoor B.V. relatief laag. Op één na scoren de kleine concessiehouders, met een beperkt aantal zorgkantoren, relatief hoog.

Daarnaast verdienen verschillende concessiehouders aandacht op specifieke punten waarin zij een best practice hebben getoond en als stimulans kunnen dienen voor de sector (tabel 3). De NZa heeft geen best practices geconstateerd voor het proces Administratieve organisatie en interne controle. Bij alle concessiehouders is daar nog sprake van substantiële verbeterpunten.

Tabel 3. Best practices 2012

Concessiehouder	Prestatie-indicator	Toetsingsaspect
DSW	Zorg in natura	Actuele en goed toegankelijke publieksfolder
	Administratie ZIN	Nagenoeg volledig voldaan aan alle toetsingspunten
	Administratie PGB en VPZ	Volledig voldaan aan alle toetsingspunten
	Bestrijding M&O	Hoogste eindscore
Zorg en Zekerheid	Zorg in natura	Cliëntinformatie gecontracteerde zorg
	Innovatie en kwaliteit zorgverlening	Volledig voldaan aan alle toetsingspunten
	Administratie PGB en VPZ	Wijze uitvoering van intensieve controles (goede risicoanalyse en aantal controles)
Friesland	Monitoring	Volledig voldaan aan alle toetsingspunten
	Materiële controle	Hoogste eindscore
CZ	Klachtenbehandeling	Kortste gemiddelde doorlooptijd
Menzis	PGB en VPZ	Ontwikkelen goede opleiding PGB

Bron: NZa

Zoals al genoemd wijzigt de NZa de te onderzoeken indicatoren over de jaren heen en scherpt zij de normen aan. Naar aanleiding van de resultaten uit een bepaald jaar legt de NZa verbeterpunten op. Deze wijze van toezicht houden heeft geleid tot onderstaande verbeteringen in de uitvoering van de AWBZ (effecten van toezicht).

Tabel 4. Top 5 Effecten van toezicht

	Effect
1.	Bijna alle concessiehouders scoren een goed voor een voormalig aandachtspunt: zorg in natura.
2.	De processen Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik staan hoog op de agenda, aantoonbare resultaten zijn pas in latere jaren te verwachten.
3.	De openstaande verbeterpunten 2011 zijn voldoende opgevolgd.
4.	De concessiehouders hebben in toenemende mate aandacht voor het incasseren van openstaande vorderingen PGB, een en ander heeft nog niet geresulteerd in een lager saldo openstaande vorderingen. De openstaande vorderingen blijven onverminderd hoog, daarom vraagt de NZa ook voor het volgende jaar bij alle concessiehouders daarvoor weer aandacht.
5.	CAK: Naar aanleiding van het onvoldoende uitvoeren van het proces Administratieve organisatie en interne beheersing in 2011, heeft de NZa het CAK opdracht gegeven tot verbetering van dit proces. In 2012 is dit proces voldoende uitgevoerd. Hoewel dit verbeterproces nog niet is afgerond, heeft het CAK in 2012 zodanige stappen gezet dat er weer sprake is van een (net) voldoende uitvoering.

Bron: NZa

In tabel 5 worden de onderwerpen waarop de maatregelen van de NZa betrekking hebben kort geresumeerd.

Tabel 5. Maatregelen¹

	Onderwerp maatregel	Aantal concessiehouders
1.	Verbeteren onvoldoende uitgevoerde proces PGB	1
2.	Verbeteren onvoldoende uitgevoerde proces Materiële controle	2
3.	Verbeteren onvoldoende uitgevoerde proces Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik	4
4.	Verbeteren onvoldoende uitgevoerde proces Administratieve organisatie en interne beheersing	1
5.	Het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting op basis van de gerealiseerde productie van de zorgaanbieder	11
6.	Opvolgen onvoldoende opgevolgde verbeterpunten 2011	7
7.	Inspannen om openstaande saldi pgb te verlagen	11
8.	Inspannen om de negatieve reserve AWBZ om te buigen in een positieve reserve	5

Bron: NZa

Toelichting

Het ontbreekt de NZa aan de wettelijke instrumenten om bij niet-naleving van de controlevoorschriften van de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars een aanwijzing of een last onder dwangsom op te leggen. Hierdoor is de NZa genoodzaakt andere, minder zware, instrumenten aan te wenden, zoals het informatieverzoek.

¹ Voor de maatregelen CAK wordt verwezen naar paragraaf 5.4 'Maatregelen CAK'.

Momenteel is de 'Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Zorgverzekeringswet en de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet teneinde daarin enkele verbeteringen aan te brengen, evenals technische reparaties in diverse wetten (Veegwet VWS 2013)' in behandeling bij de Eerste Kamer. Na inwerkingtreding van deze wet wordt het voor de NZa mogelijk een aanwijzing op te leggen om niet-naleving van de controlevoorschriften van de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars te handhaven. Het is nog niet duidelijk wanneer dit wetsvoorstel in werking treedt.

Opzet onderzoek 2012

De NZa beoordeelt de concessiehouders op basis van het normenkader zoals beschreven in het Protocol Toelichting prestatiemeting AWBZ. Om de uitvoering van de AWBZ zo goed mogelijk op de toekomst voor te bereiden heeft de NZa keuzes gemaakt bij de te meten prestatie-indicatoren. Net als in het onderzoek 2010 en 2011 richt de NZa zich in 2012 op aspecten die om specifieke aandacht vragen. De NZa heeft het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouders toegespitst op tien van (van de twaalf) prestatie-indicatoren. Twee prestatie-indicatoren zijn gedeeltelijk onderzocht. Dit betreft de indicatoren Contracteerproces en Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte. Dit betekent dat de NZa geen oordeel kan geven over de gehele uitvoering van de AWBZ. Wel is het functioneren van de concessiehouders samengevat in een totaalscore: het aantal punten dat een concessiehouder heeft behaald op de over 2012 onderzochte prestatie-indicatoren, in verhouding tot het maximaal aantal te behalen punten. Verder heeft de NZa bij het onderzoek over de uitvoering van de AWBZ ook gebruik gemaakt van de uitkomsten van signaalonderzoek, thematisch (verdiepend) onderzoek en rechtmatigheidsonderzoek.

Vergelijking score voor concessiehouder voor 2012 met voorafgaande jaren

Een vergelijking per concessiehouder van de totaalscore over 2012 met de voorafgaande jaren is slechts beperkt mogelijk vanwege verschillen in het onderzoek. In 2010 en 2011 zijn andere prestatie-indicatoren onderzocht en er zijn afwijkingen in de toegepaste normering. Als de totaalscores per concessiehouder over 2012 toch naast die van 2011 worden gezet, valt op dat deze bij een aantal concessiehouders fors is gewijzigd. De forse verslechtering van de score bij Agis Zorgverzekeringen N.V. heeft te maken met lage scores voor Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik en niet optimale scores op de processen die over 2011 niet, en over 2012 wel beoordeeld zijn.

Realisatie van verbeterpunten

Om een goede uitvoering van de AWBZ te bevorderen, formuleert de NZa op basis van haar bevindingen verbeterpunten die door de concessiehouders moeten worden gerealiseerd. Ruim de helft van de verbeterpunten over 2011 blijkt tijdens het onderzoek over 2012 nog niet (geheel) te zijn gerealiseerd. De NZa merkt hierbij op dat meerdere verbeterpunten vergaande veranderingen in de organisatie kunnen behelzen, die niet op heel korte termijn kunnen worden afgerond. Bij de berekening van het percentage gerealiseerde verbeterpunten is geen onderscheid gemaakt naar omvang of belang van de verschillende verbeterpunten.

Als de opvolging verbeterpunten 2011 in 2012 nog niet volledig is gerealiseerd, zal de NZa maatregelen treffen. Dit tot doel de opvolging van de nog niet opgevolgde verbeterpunten 2011 te bewerkstelligen.

In het rapport uitvoering AWBZ 2012 heeft de NZa ook de opvolging van de verbeterpunten 2010 beoordeeld. De NZa heeft hiervoor een informatieverzoek gedaan aan de betreffende concessiehouders. Het blijkt dat concessiehouders de betreffende verbeterpunten goed hebben opgevolgd.

Resultaten op de verschillende prestatie-indicatoren

Voorop de prestatie-indicator Zorg in natura en Innovatie en kwaliteit zorgverlening scoren de concessiehouders 'goed'. Bij Zorg in natura blijft slechts één concessiehouder in 2012 nog steken op een voldoende, bij Innovatie en kwaliteit zorg zijn dat er twee.

Vier concessiehouders scoren op één of meerdere prestatie-indicatoren onvoldoende. Dit betreft de prestatie-indicatoren Persoonsgebonden budget (PGB) en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg (VPZ), Materiële controle, Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik en Administratieve organisatie en interne beheersing. De uitvoering van Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik moet bij veel concessiehouders sterk worden verbeterd. Slechts vier van de elf concessiehouders scoren hier een 'goed' voor. Dit betreft vooral de kleine concessiehouders. De overige zeven concessiehouders, waaronder meerdere grote concessiehouders, scoren of net aan voldoende of onvoldoende voor deze twee processen. De concessiehouders moeten ook het proces Administratieve organisatie en interne beheersing verbeteren. Slechts één concessiehouder heeft aan dit proces een goede uitvoering gegeven.

Resultaten prestatie-indicator Zorg in natura

De prestatie-indicator Zorg in natura omvat het verstrekken van publieksinformatie aan cliënten en gemeenten, het zijn van aanspreekpunt voor AWBZ-verzekerden, zorgaanbieders en gemeenten in de zorgregio en het bewaken van tijdige zorgverlening (waaronder de levering van acute AWBZ-zorg).

Over 2012 scoort geen enkele concessiehouder een onvoldoende op Zorg in natura. De NZa constateert dat in 2012 veel punten uit 2011 zijn opgepakt door concessiehouders. Inmiddels controleren alle concessiehouders de websites van de zorgaanbieders op de aanwezigheid van publieksinformatie over aanvullende diensten en de bijbetalingen. Zij bespreken hun bevindingen met de zorgaanbieders. Wel kunnen concessiehouders hun website verbeteren door betere kwaliteit-, etalage- en wachttijdinformatie per zorgaanbieder weer te geven. In de publieksfolders kan meer aandacht worden besteed aan kwetsbare groepen. Verbeterpunten voor de realisatie van zorg conform de aanspraak van cliënten zijn: het monitoren en afstemmen van de melding van de aanvang en beëindiging van zorg en het verstrekken van informatie over het crisisprotocol voor de Gehandicaptenzorg.

Resultaten prestatie-indicator PGB en VPZ

Concessiehouders moeten zorgdragen voor een cliëntgerichte en cliëntvriendelijke informatieverstrekking aan budgethouders. Daarnaast moet de concessiehouder budgethouders faciliteren bij het verzilveren van hun recht op zorg. De score op deze indicator is in 2012 verbeterd ten opzichte van de laatste meting (2010). Wel scoort in 2012 één concessiehouder een onvoldoende, in 2010 en 2009 geen enkele. Er zijn bij concessiehouders meerdere verbeterpunten benoemd in 2012, deze betreffen veelal een duidelijkere (en tijdige) uitleg, terugkoppeling en informatieverschaffing aan cliënten op verschillende niveaus en het tijdig toekennen van het PGB en afgeven van de PGB-beschikking.

De NZa zal bij de betreffende concessiehouder die voor deze prestatie-indicator in 2012 een onvoldoende scoorde maatregelen treffen. Daarnaast zal de NZa in het voorjaar van 2014 tussentijds onderzoek doen naar de voortgang van de verbeteracties. Dit tot doel de uitvoering van deze prestatie-indicator te verbeteren.

*Resultaten prestatie-indicator en verdiepend onderzoek
Klachtenbehandeling*

Het is de taak van concessiehouders om klanten te attenderen op en te informeren over het indienen van klachten. Ze moeten beschikken over een adequate en actuele procedure beschrijving. Ook moeten zij voor het proces klachtenbehandeling over goede managementinformatie beschikken en op basis hiervan eventueel noodzakelijke verbeteringen doorvoeren.

Ten opzichte van 2011 is de uitvoering van Klachtenbehandeling nagenoeg gelijk gebleven. Er zijn geen onvoldoendes gescoord. Eén concessiehouder heeft geen oordeel gekregen vanwege het geringe aantal geregistreerde klachten.

Tot de verbeterpunten behoren de tijdigheid van acties (in het bijzonder het niet overschrijden van de wettelijke termijn), het adequaat informatie verschaffen, het beschikken over een actuele procedure beschrijving en goede managementrapportages. Daarnaast blijft klachtalertheid een aandachtspunt.

Het aantal geregistreerde klachten blijkt in vergelijking met 2011 met 40% te zijn afgenomen. De afname betreft vooral de klachten over de uitvoering van het PGB. Net als in 2011 verschilt de gemiddelde doorlooptijd van de klachtenbehandeling sterk tussen concessiehouders. In 2012 is bij zorgkantoren de langste doorlooptijd 38 dagen en de kortste vijf. De gemiddelde doorlooptijd van klachten in 2012 is achttien dagen, ten opzichte van zeventien in 2011.

*Resultaten prestatie-indicator en verdiepend onderzoek
Contracteerproces*

Deze indicator is in 2012 beperkt getoetst. Er is alleen onderzocht of concessiehouders bij het sluiten van overeenkomsten met toegelaten extramurale zorgaanbieders voldoende duidelijk zijn over de voorwaarden waaronder zij nieuwe zorgaanbieders contracteren en voldoende ruimte creëren voor nieuwe extramurale aanbieders (waaronder zelfstandigen zonder personeel) die voldoen aan de vastgestelde kwaliteitseisen en kunnen voorzien in een leemte in het bestaande zorgaanbod.

Geconstateerd is dat een aantal concessiehouders de selectiecriteria en tarieven voor nieuwe zorgaanbieders duidelijker in het contracteerbeleid moet zetten. Uit het verdiepende onderzoek blijkt dat concessiehouders allen innovatieve zorg inkopen. Zij doen dit bij de zorgaanbieders die het best voldoen, ongeacht of deze nieuw zijn of niet.

Concessiehouders contracteren nieuwe zorgaanbieders vooral voor nieuwe doelgroepen. Zij vinden de mogelijkheden tot het contracteren van innovatieve zorg beperkt, gezien de landelijke prestatie-omschrijvingen en de geplande overheveling van de extramurale zorg naar gemeenten.

De concessiehouders zien voortgang bij de contractering van Zelfstandigen zonder personeel (ZZP-ers), maar ook belemmeringen. Zij wijzen op de beperkte mogelijkheden voor ZZP-ers om samenwerkingsverbanden aan te gaan, de wankel borging van de achterwachtfunctie, onvolkomenheden in de landelijke tariefstelling, beperkingen in het kwaliteitskeurmerk en het ontbreken van toezicht op de administratieve intermediair DinZ.

Resultaten prestatie-indicator Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

In 2012 is deze indicator beperkt getoetst. Onderzocht is alleen of concessiehouders zich inspinnen om zorg binnen de financiële contracteerruimte te contracteren. Zij moeten hierbij een deel van het regiobudget vrijspelen voor selectieve gunning of voor effecten van cliëntkeuzen, om zorgaanbieders tot optimale prestaties aan te zetten. Uit het onderzoek volgen geen belangrijke verbeterpunten. Alle concessiehouders voldeden aan dit toetsingsaspect.

Resultaten prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening

Het onderzoek over 2012 spitste zich toe op de bijdrage van concessiehouders aan de zorg voor mensen met dementie, op het aanbod voor maatschappelijke opvang en preventie en de belangrijke vernieuwingen in de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

In 2012 scoort geen enkele concessiehouder een onvoldoende op deze indicator. De score op deze indicator is in 2012 gelijk gebleven ten opzichte van 2010 en 2009. Meerdere verbeterpunten zijn gericht op het verbeteren van integrale zorg. Andere punten hebben betrekking op het verbeteren van de aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag, het stimuleren van innovatie in maatschappelijke opvang en het toetsen van zorgaanbieders op hun eigen visie of beleidsplan naar cliëntgerichtheid en vernieuwing in de Geestelijke gezondheidszorg. De NZa concludeert verder dat concessiehouders vooruitgang hebben geboekt op dementiezorg en het kwaliteitsbeleid. Samenwerking met gemeenten komt echter moeizaam tot stand.

Resultaten prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor Zorg in natura

Concessiehouders moeten hun administratie- en betalingsprocessen goed op orde hebben. Ze moeten zorgaanbieders voorbereiden op de overgang naar vergoeding op basis van declaraties op cliëntniveau. Ook moeten concessiehouders de eigen bijdrage-informatie via AWBZ-brede zorgregistratie tijdig verstrekken aan het CAK.

De scores in 2012 zijn minder hoog dan in 2010, maar geen enkele concessiehouder scoort een onvoldoende. Het belangrijkste verbeterpunt is dat geen enkele concessiehouder alle zorgaanbieders maandelijks en zonder marges bevoorschot op basis van realisatie volgens de productieoverzichten. Voorwaarden hiervoor zijn dat concessiehouders hierover in overeenkomsten met zorgaanbieders betere afspraken maken en dat zij beschikken over management rapportages die zicht geven op de juistheid en volledigheid van de declaraties per zorgaanbieder. De NZa zal het vervolg op deze indicator strak toetsen, aangezien het een belangrijke rol speelt in de toekomstige uitvoering van de AWBZ.

De NZa zal de concessiehouders vragen haar periodiek te informeren over de stand van zaken met betrekking tot het bevoorschotten van zorgaanbieders op basis van de gerealiseerde productie. Dit tot doel concessiehouders aan te zetten tot maandelijks aanpassing van de bevoorschotting.

Verdiepend onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor Zorg in natura

Alle concessiehouders volgden per zorgaanbieder de tijdige en juiste aanlevering van de declaratie op cliëntniveau. In 2012 declareren 90% respectievelijk 85% van de zorgaanbieders tijdig de intramurale respectievelijk extramurale zorg. In 2011 was dit nog 83% en 71%. Concessiehouders hebben nog niet allemaal een helder beeld van de volledigheid waarmee zorgaanbieders op cliëntniveau declareren.

Los hiervan kan deze volledigheid niet worden bereikt door de moeilijke verwerkbaarheid van de indicaties van Bureau Jeugdzorg. Concessiehouders geven aan dat dit probleem zichzelf oplost als de jeugdzorg in zijn geheel wordt overgeheveld naar de gemeenten.

Resultaten prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en VPZ

Concessiehouders moeten tijdig adequate controles uitvoeren op de besteding van PGB's. Daarnaast dient er een correcte administratie op verzekerden aanwezig te zijn.

Ten opzichte van 2010 is de uitvoering van deze indicator in 2012 minder goed, maar geen enkele concessiehouder scoort een onvoldoende. Voornamelijk op de controles valt nog veel te verbeteren, zoals het borgen, uitvoeren en vastleggen hiervan. Daarnaast kan de berekening van de eigen bijdrage verbeteren bij enkele concessiehouders. Het PGB-proces zal in de toekomst onder de aandacht van de NZa blijven.

Verdiepend onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en VPZ

De NZa neemt de resultaten van het verdiepend onderzoek PGB op in een separaat rapport thematisch onderzoek PGB. Wat betreft de kosten van de Regeling subsidies AWBZ (persoonsgebonden budget) constateert de NZa dat deze in 2012 ten opzichte van 2011 met 5,7% zijn toegenomen. Deze ontwikkeling varieert per concessiehouder van een afname van 0,7% tot een toename van 13,2%.

Het eind 2012 nog terug te vorderen saldo PGB bedraagt € 133,8 miljoen (2011: € 119,3 miljoen). Dit is een toename van 12,2%. Het totaal van de vorderingen op PGB-houders, dat langer dan een jaar open staan, blijkt de laatste jaren fors toe te nemen. De toename van de terugvordering naar aanleiding van controles vindt de NZa op zich een positief signaal. Er worden meer betalingsregelingen afgesproken, er worden meer controles uitgevoerd en concessiehouders zitten er bovenop om vorderingen geïnd te krijgen. Het innen van vorderingen op budgethouders PGB blijkt onverminderd problematisch. Een stijging in de openstaande vorderingen ligt in het algemeen wel in lijn met de stijging van het totale beschikbare budget en het budget per cliënt.

In 2012 is in totaliteit € 21,4 miljoen afgeboekt als oninbaar (2011: € 8,2 miljoen)

De NZa zal de concessiehouders vragen haar periodiek te informeren over openstaande saldi PGB met als doel deze te verlagen.

Resultaten prestatie-indicator en verdiepend onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening

Concessiehouders moeten tijdig signaleren of de continuïteit van de zorgverlening aan verzekerden in gevaar dreigt te komen en voldoende voorbereid zijn om, mocht een dergelijke situatie zich voordoen, tijdig en adequaat actie te ondernemen.

Ten opzichte van 2009 is de uitvoering teruggelopen in 2012, maar geen enkele concessiehouder scoort een onvoldoende. Een belangrijk verbeterpunt is dat concessiehouders moeten beschikken over een standaard draaiboek, met voldoende uitwerking van onder meer de voorbereidende acties, continuïteitsproblemen en/of de taken en bevoegdheden bij het opstellen van een noodplan. Naast de nieuwe verbeterpunten vraagt het uitblijven van substantiële vooruitgang op de belangrijkste verbeterpunten uit 2009 en 2011 extra aandacht van de NZa.

Alle concessiehouders beoordelen een voorgenomen fusie. Zij letten hierbij niet alleen op de vermogenspositie van de fusiepartners, maar maken een bredere financiële analyse. Zij leggen hierbij eigen accenten.

Resultaten prestatie-indicator Materiële controle

Concessiehouders moeten materiële controles uitvoeren, gericht op de vraag of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd, of aan de geleverde zorg een indicatiebesluit ten grondslag ligt en of de geleverde zorg voor de verzekerde, gelet op het indicatiebesluit, passend is. De concessiehouders moeten vervolgacties instellen indien sprake is van ondoelmatige of onrechtmatige zorg.

Net als in 2011 scoren in 2012 twee concessiehouders een onvoldoende en vijf net aan voldoende. Er zijn verschillende verbeterpunten op het vlak van de organisatie, plan van aanpak, risicoanalyse, uitvoering en managementinformatie van materiële controles. De NZa constateert, evenals in het vorige onderzoek, dat bij diverse concessiehouders de uitvoering van de materiële controles nog een neventaak is. De inzet van controlemiddelen zoals data-analyse, datamining en enquêtes kan verbeteren. Een belangrijk aandachtspunt blijft dat een deel van de concessiehouders niet of nauwelijks overgaat tot financiële vervolgacties. Ook rapporteren veel concessiehouders onvoldoende over hun beleid ten aanzien van vervolgacties. De NZa zal, daar waar op basis van uitkomsten noodzakelijk, maatregelen treffen.

De NZa zal bij de betreffende concessiehouders die voor deze prestatie-indicator in 2012 een onvoldoende scoorden maatregelen treffen. Daarnaast zal de NZa in het voorjaar van 2014 tussentijds onderzoek doen naar de voortgang van de verbeteracties. Dit tot doel de uitvoering van deze prestatie-indicator te verbeteren.

Resultaten prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik

Voor de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik moet de concessiehouder een adequate organisatie hebben. Hij moet beschikken over een actueel plan van aanpak, dat gericht is op de bestrijding van zorgfraude in de AWBZ. In de beoordeling over 2012 zijn de ontwikkelingen meegenomen bij het Verbond van Verzekeraars, evenals de ontwikkelingen bij Zorgverzekeraars Nederland.

Ten opzichte van 2011 is de uitvoering van deze indicator verslechterd. In 2012 scoren vier concessiehouders een onvoldoende en vier net aan voldoende. De vier concessiehouders met een onvoldoende vertegenwoordigen samen bijna de helft van de verzekerdenpopulatie. Net als vorig jaar zijn er veel verbeterpunten op het vlak van de organisatie, plan van aanpak en de uitvoering. Duidelijk is dat het aanbod van risico's en signalen van zorgfraude hoger is, dan met de huidige capaciteit kan worden opgevangen. Het zelfstandig kunnen bepalen op welke risico's of signalen fraudeonderzoek wordt ingesteld is eveneens een verbeterpunt bij meerdere concessiehouders. Onderzoeken op onderkende risico's zijn nauwelijks aan de orde en hierdoor komt ook het betrekken van frauderisico's in de risicoanalyse voor de materiële en intensieve controle in het gedrang. In de AWBZ besteden de concessiehouders meer aandacht aan signalen over PGB-fraude. Hierdoor resteert te weinig aandacht voor andere vormen van zorgfraude: voor zorg in natura en voor de Zvw.

De NZa zal bij de betreffende concessiehouders die voor deze prestatie-indicator in 2012 een onvoldoende scoorden maatregelen treffen. Daarnaast zal de NZa in het voorjaar van 2014 tussentijds onderzoek doen naar de voortgang van de verbeteracties. Dit tot doel de uitvoering van deze prestatie-indicator te verbeteren.

Er zijn actuele ontwikkelingen op het gebied van deze indicator. Eind 2011 is door het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland als vervanging van het Fraudeprotocol uit 1998 het protocol Verzekeraars en Criminaliteit opgesteld. Het Kenniscentrum Fraudebeheersing van Zorgverzekeraars Nederland is een spilfunctie gaan vervullen in de ontvangst en doorzending van fraudesignalen naar de NZa en het Verbond van Verzekeraars. Ook geeft Zorgverzekeraars Nederland sinds 2013 de signalen door aan het Verzamelpunt zorgfraude van de NZa. Soms gaan meldingen ook direct van de zorgverzekeraar naar de NZa. Meldingen over individuele verzekerden worden gemeld bij het Verbond van Verzekeraars. Met deze nieuwe procedure wordt niet langer meer aangifte van fraude gedaan door zorgverzekeraars bij de politie of het Openbaar Ministerie. Het jaar 2012 moet worden gezien als een overgangsjaar omdat de systemen van Zorgverzekeraars Nederland en de zorgverzekeraars nog niet voldoende op elkaar bleken te zijn afgestemd, er sprake was van beperkte capaciteit bij het Kenniscentrum Fraudebeheersing en ook zorgverzekeraars niet altijd dezelfde definities over zorgfraude hanteerden. In het tweede halfjaar van 2013 heeft Zorgverzekeraars Nederland een nieuw sanctiebeleid 'Uniform maatregelenbeleid' opgesteld voor het opleggen van maatregelen na geconstateerde zorgfraude. Een knelpunt in de uitvoering van de maatregelen vormt de registratie in het Extern Verwijsregister (EVR) voor de zorgkantoren. Het EVR is een waarschuwingssysteem waarin fraudeurs zijn geregistreerd.

Resultaten prestatie-indicator Administratieve organisatie en interne beheersing

Concessiehouders moeten hun bedrijfsvoering en administratieve organisatie zodanig inrichten dat de gegevens in hun administratie voortdurend juist, actueel en volledig zijn.

In 2012 scoort één concessiehouder een onvoldoende. De uitvoering is bij de concessiehouders over het algemeen verslechterd ten opzichte van 2009 (over 2010 en 2011 is deze indicator niet beoordeeld). Er zijn veel verbeterpunten, zoals het opstellen van een controleplan, het uitvoeren van de controles volgens het controleplan, het op zichtbare wijze vastleggen van de bevindingen en conclusies van de uitgevoerde interne controlewerkzaamheden in 2012 en het verbeteren van de management-informatie. Verder is de kwaliteit van de geautomatiseerde gegevensverwerking bij veel concessiehouders voor verbetering vatbaar.

De NZa zal bij de betreffende concessiehouder die voor deze prestatie-indicator in 2012 een onvoldoende scoorde maatregelen treffen. Daarnaast zal de NZa in het voorjaar van 2014 tussentijds onderzoek doen naar de voortgang van de verbeteracties. Dit tot doel de uitvoering van deze prestatie-indicator te verbeteren.

Vorbereiding op toekomstige uitvoering

Belangrijk voor de toekomstige uitvoering is de hervorming van de langdurige zorg. Beoogd wordt dat cliënten langer thuis wonen. De extramurale zorg wordt overgeheveld naar het gemeenten en de zorgverzekeraars. Per 1 januari 2013 is inmiddels de extramuralisering van de lagere zorgzwaartepakketten (ZZP's) voor intramurale zorg ingezet.

Bij een aantal indicatoren (Zorg in natura, Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte, Innovatie en kwaliteit zorgverlening en Monitoring continuïteit zorgverlening) heeft de NZa door middel van verdiepend onderzoek meer zicht gekregen op de wijze waarop de concessiehouders eraan bijdragen deze veranderingen zo goed mogelijk te laten verlopen, en hen gevraagd naar hun visie.

Concessiehouders geven er blijk van een algemeen beeld te hebben van de te verwachten effecten van langer thuis wonen, zij voorzien een toename van zwaardere indicaties. Ook verwachten zij dat het aantal crisisopnamen en de vraag naar onplanbare zorg en nachtzorg zullen toenemen. Zij zien vooral risico's bij cliënten die vroeger in het ZZP3 zouden zijn ingedeeld, bij ongeschikte huisvesting en bij tekortkomingen in de formele en informele ondersteuning thuis. Omdat indicaties voor lagere ZZP's niet meer worden afgegeven, houden alle concessiehouders in hun afspraken met zorgaanbieders rekening met een toename van extramurale zorg. Zij volgen de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg en hebben ruimte gecreëerd om op basis hiervan de afspraken met de zorgaanbieders bij te stellen.

Doordat cliënten langer thuis wonen, verwachten concessiehouders toenemende leegstand van intramurale voorzieningen. Vooral bij oude locaties of locaties die ingrijpend verbouwd moeten worden, kan dit leiden tot verhuizing van bewoners. Verder kan de kwaliteit van zorg verminderen als een afdeling gedeeltelijk leegstaat. Concessiehouders willen deze situatie zoveel mogelijk voorkomen, door met de zorgaanbieders afspraken te maken. Zij zijn van mening dat hun mogelijkheden wel beperkt zijn. De concessiehouders onderkennen de problemen die huurcontracten en leegstand met zich meebrengen. Zij hebben in het algemeen zicht op welk type zorgaanbieders hard getroffen wordt. De concessiehouders trachten ook grip te krijgen op de mogelijke gevolgen van de extramuralisering voor de continuïteit van de intramurale zorg, maar betrekken dit in het algemeen nog niet in een noodplan voor acute situaties. De consequenties zijn hen nog onvoldoende helder. Slechts enkele concessiehouders hebben enig zicht op het beleid van de banken en woningcorporaties. Zij geven dat banken en corporaties zich terughoudend opstellen bij plannen voor aangepaste huisvesting. De meeste concessiehouders voorzien problemen met de boekwaarde. Verder overleggen concessiehouders met zorgaanbieders over mogelijke alternatieve aanwendingsmogelijkheden van het vastgoed. Enkele concessiehouders zeggen dat verbouw van zorgvastgoed voor rechtstreekse verhuur aan de cliënt gefrustreerd wordt. Zij wijzen hierbij naar de gemeentelijke bestemmingsplannen en het College Sanering.

De concessiehouders zien een toekomst voor wijkgerichte zorg, mits sprake is van een goede samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor. Dit is een voorwaarde om afwentelingsgedrag te voorkomen. Wel zien zij dat de samenwerking met grotere gemeenten in het algemeen vlotter verloopt dan met de kleine. Kleinere gemeenten moeten met hun beperkte personeelsformatie letterlijk grensoverschrijdend werken. Echter ook voor concessiehouders is het vaak lastig om met alle kleinere gemeenten maatwerkoplossingen te creëren. De meeste concessiehouders werken in de ketenzorg dementie concreet met gemeenten samen. De samenwerking met centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang verloopt stroeвер. De opvang blijkt niet in elke centrumgemeente goed geregeld, en duidelijke doelen ontbreken soms. Samenwerkingsafspraken variëren per (centrum) gemeente en concessiehouder en vaak zijn er geen concrete afspraken.

De NZa zal ook in het onderzoek over het controlejaar 2013 voldoende aandacht besteden aan onderwerpen die van belang zijn voor de toekomstige uitvoering.

Uitgaven AWBZ

De totale bruto AWBZ schade (exclusief voorgaande jaren) bedraagt in 2012 € 27,3 miljard. Dit is een stijging van 10% ten opzichte van 2011. Zorg met verblijf heeft een groot aandeel in deze stijging.

Het aantal inwoners in Nederland is met 0,4% gestegen. Hiermee stijgen de kosten per inwoner van € 1.488 in 2011 naar € 1.629 in 2012.

Rechtmatigheid concessiehouders

De NZa heeft bij twee concessiehouders onrechtmatigheden vastgesteld. Het totaalbedrag aan onrechtmatigheden bedraagt € 131.300 (0,0005% van het totaal van de schaden AWBZ).

De NZa heeft in 2012 bij twee concessiehouders onrechtmatige schaden AWBZ geconstateerd (zie ook bijlage 2). Het totaalbedrag aan onrechtmatigheden bedraagt € 131.300 (0,0005% van het totaal van de schaden AWBZ). De geconstateerde onrechtmatigheden betreffen onrechtmatige schaden die geconstateerd zijn bij het uitvoeren van materiële controles bij zorgaanbieders. De twee concessiehouders (CZ Zorgkantoor B.V. en Salland Zorgkantoor B.V.), waar onrechtmatigheden zijn geconstateerd, moeten de geconstateerde onrechtmatige schaden corrigeren in de financiële verantwoording over 2013. Deze concessiehouders moeten zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2013.

De NZa zal bij haar onderzoek over 2013 nagaan of de correcties daadwerkelijk zijn uitgevoerd door de concessiehouders.

De NZa heeft bij zes concessiehouders onzekerheden over de rechtmatigheid vastgesteld. Het totaalbedrag aan te kwantificeren onzekerheden over de rechtmatigheid bedraagt € 4.235.300 (0,017% van het totaal van de schaden AWBZ).

Bij CZ Zorgkantoor B.V. is een onzekerheid geconstateerd over een post van € 3.013.000 waarbij wordt vermoed dat de door een zorginstelling gedeclareerde zorg niet voldoet aan de gestelde eisen. Bij OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. is een zelfde soort onzekerheid geconstateerd voor een bedrag van € 237.000. Hierbij betreft het twee zorginstellingen. Verder is er bij Zorgkantoor Friesland B.V. een bedrag aan onzekerheden geconstateerd van in totaal € 985.000 dat betrekking heeft op onzekerheden die zijn geconstateerd bij het uitvoeren van de materiële controles bij zorgaanbieders. Bij drie concessiehouders (Trias Zorgkantoor B.V., Univé Zorgkantoor B.V. en VGZ Zorgkantoor B.V.) bestaat er nog onzekerheid over de rechtmatigheid over lopende zaken die in behandeling zijn bij de afdeling Speciale Zaken. De financiële impact van deze zaken is onzeker en kan nog niet worden gespecificeerd.

De NZa schort haar oordeel over alle genoemde onzekerheden op. Desbetreffende concessiehouders moeten in 2013 nader onderzoek doen naar de geconstateerde onzekerheden en waar nodig correcties doorvoeren. Deze concessiehouders moeten zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2013. De NZa zal bij haar onderzoek over 2013 beoordelen of de concessiehouders er in zijn geslaagd de onzekerheden af te doen.

Beheerskosten concessiehouders

De beheerskosten voor de uitvoering van de AWBZ zijn in 2012 in vergelijking met 2011 met 7,7% afgenomen van € 167.110.000 tot € 154.223.000. De daling is grotendeels veroorzaakt door minder kosten aan AWBZ-brede zorgregistratie (AZR), zorgbemiddeling, zorgcontractering en overige zorgactiviteiten. Daarentegen zijn de kosten voor PGB-werkzaamheden gestegen. Vanuit een andere doorsnede van de kosten is te zien dat de automatiseringskosten verantwoordelijk zijn voor de grootste afname van kosten en dat de personeelskosten licht zijn toegenomen.

In het algemeen blijkt dat de beheerskosten (gemeten in relatie tot de schade) hoger zijn bij relatief kleine concessiehouders. De beheerskosten van de concessiehouders bedragen in totaliteit 0,56% van de schade.

Het totale budgetresultaat van alle concessiehouders over 2012 bedraagt € 8.327.000 (tegenover 2011: € 11.987.000 negatief, 2010: € 8.998.000 positief).

Wettelijke reserve AWBZ

De wettelijke reserve AWBZ van alle concessiehouders bedraagt ultimo 2012 € 14.586.000 positief (2011: € 9.922.000 positief, 2010: € 26.459.000 positief).

De NZa merkt op dat ultimo 2012 bijna de helft van alle concessiehouder een negatieve wettelijke reserve AWBZ heeft. Er zijn inmiddels vijf concessiehouders die een negatieve wettelijke reserve AWBZ hebben. Over 2011 waren dat er drie. Naar aanleiding van het vorige onderzoek is bij de drie concessiehouders die ultimo 2011 een negatieve reserve hadden, een informatieverzoek gedaan.

De NZa heeft geconstateerd dat deze concessiehouders ultimo 2012 nog steeds over een negatieve wettelijke reserve AWBZ beschikken. Wel is de negatieve reserve bij deze concessiehouders minder negatief geworden.

De NZa zal bij de betreffende concessiehouders maatregelen treffen. Dit tot doel de negatieve wettelijke reserve AWBZ om te buigen in een positieve reserve.

Uitvoering AWBZ door AWBZ-verzekeraars

De NZa heeft de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven van de AWBZ-verzekeraars over 2012 beoordeeld en geen onrechtmatigheden en onzekerheden geconstateerd over de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven.

Uitvoering AWBZ door het CAK

De NZa heeft geconstateerd dat het CAK de wettelijke taken in 2012 in totaliteit op voldoende wijze heeft uitgevoerd. Tijdens het vorige onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat het CAK het proces Administratieve organisatie en interne beheersing op onvoldoende wijze heeft uitgevoerd. Tijdens het onderzoek over 2012 heeft de NZa geconstateerd dat de uitvoering van dit proces over 2012 net voldoende is. Het proces kent nog een behoorlijk aantal verbeterpunten.

De werking van de opvolging van de verbeterpunten zal door de NZa beoordeeld worden in de reguliere rechtmatigheidsonderzoeken vanaf 2013. In 2014 zal de NZa een interim controle uitvoeren om de voortgang en de werking van de verbeterpunten te beoordelen.

Het CAK heeft de processen Eigen bijdragen Zorg zonder Verblijf, Wmo en Zorg met Verblijf, evenals in 2011, op voldoende wijze uitgevoerd. De processen ten aanzien van de eigen bijdragen kennen nog wel meerdere verbeterpunten. Het CAK heeft de processen Klachtenbehandeling, Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik, Betalingen van zorg-aanspraken AWBZ en Interest geldmiddelen AFBZ op een goede wijze uitgevoerd.

1. Inleiding

1.1 Samenvattend rapport

Op grond van artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) houdt de NZa toezicht op de rechtmatige en de doelmatige uitvoering door de AWBZ-verzekeraars en de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), van hetgeen bij of krachtens de AWBZ en artikel 91, 123 en 124 van de Wet financiering sociale verzekeringen is geregeld. Op basis van artikel 28 van de Wmg rapporteert de NZa elk jaar vóór 1 december aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in een Samenvattend rapport over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering van de AWBZ en de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven AWBZ door de AWBZ-verzekeraars, de concessiehouders (zorgkantoren) en het CAK in het voorafgaande kalenderjaar. De borging van de publieke belangen: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de AWBZ-zorg speelt in dit toezicht een belangrijke rol.

In dit rapport komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- uitkomsten prestatiemeting van de concessiehouders in 2012 (hoofdstuk 2);
- verdiepend onderzoek bij de concessiehouders (hoofdstuk 3);
- rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven concessiehouders en uitgaven en lasten AWBZ-verzekeraars in 2012 (hoofdstuk 4);
- uitvoering van de AWBZ door het CAK en de rechtmatigheid van ontvangsten en uitgaven in 2012 (hoofdstuk 5);
- verdiepend onderzoek over de toekomst van de uitvoering AWBZ (hoofdstuk 6).

1.2 Verantwoordingsstructuur AWBZ

1.2.1 Wettelijk kader

Voor de uitvoering van de taken zoals bedoeld in artikel 3 van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering (ABZ) zijn bij beschikking elf rechtspersonen als verbindingskantoor aangewezen door de Staatssecretaris van VWS². Deze rechtspersonen zijn de zogeheten concessiehouders van zorgkantoren. In het vervolg wordt de beschikking van de Staatssecretaris kortweg aangehaald als Aanwijzing.

Mede door de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, heeft een groot deel van de AWBZ-verzekeraars de uitvoering van de zorgkantoorfunctie ondergebracht in een afzonderlijke rechtspersoon. In de beschikking heeft de Staatssecretaris de aanwijzing van deze rechtspersonen geformaliseerd. De uitvoering van de verzekering die in de AWBZ is geregeld, vindt per zorgregio plaats door een zorgkantoor. De aanwijzing kan betrekking hebben op één of meer zorgregio's, aangezien één concessiehouder meer zorgkantoren kan beheren.

² Beschikking van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, nr. Z/M-3074617, houdende de aanwijzing van administratie-instellingen bijzondere ziektekosten.

1.2.2 Mandatering

In de Mandaat- en volmachtverlening/overeenkomst betreffende de uitvoering van werkzaamheden zorgkantoren 2012 hebben de AWBZ-verzekeraars voor 2012 een belangrijk deel van de uitvoering van de AWBZ mandaat en volmacht verleend aan de concessiehouders. Een zorgkantoor voert de AWBZ uit namens alle AWBZ-verzekeraars voor alle verzekerden in zijn regio, dus ook voor verzekerden die bij andere AWBZ-verzekeraars staan ingeschreven.

1.2.3 Aanwijzing zorgkantoren 2012

In de aanwijzing is geregeld dat de concessiehouders op grond van de Regeling verslaglegging AWBZ verantwoording afleggen over de uitvoering van de AWBZ. De concessiehouders verantwoorden zich over de uitvoering van de taken die rechtstreeks uit het ABZ voortvloeien, de taken waarvoor aan hen mandaat en volmacht is verleend en over de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven die daarmee samenhangen.

De Staatssecretaris van VWS heeft de concessiehouders voor de jaren 2012 en 2013 aangewezen als verbindingskantoor voor dezelfde zorgregio's als in 2011. In de aanwijzing 2012 is een aantal voorwaarden opgenomen, dat overeenkomt met de voorwaarden die in de aanwijzing van zorgkantoren voor de jaren 2009-2011 waren opgenomen.

Naast een goede, algemene uitvoering van de AWBZ door de aangewezen zorgkantoren, vraagt de aanwijzing 2012 ook aandacht voor de administratieve voorbereiding voor de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden (UAZ). Door de regeringswisseling in 2012 is dit voornemen voornamelijk op de lange baan geschoven. Belangrijke nieuw beleid omvat de hervorming van de langdurige zorg. Hierbij worden het langer thuis wonen van cliënten en de overheveling van de extramurale AWBZ-zorg naar gemeenten en zorgverzekeraars doorgevoerd respectievelijk voorbereid. De NZa volgt deze belangrijke ontwikkelingen.

1.3 Onderzoeksubjecten

1.3.1 Concessiehouders (zorgkantoren)

In overeenstemming met artikel 36 en 37 van de AWBZ bestaat de verantwoordingsinformatie uit een uitvoeringsverslag en een financiële verantwoording; in die financiële verantwoording is een bestuurlijke verantwoording over het financieel beheer opgenomen. De Regeling verslaglegging AWBZ geeft voor het uitvoeringsverslag en het financieel verslag nadere voorschriften. De regeling bepaalt ook dat de NZa modellen opstelt aan de hand waarvan de concessiehouders het uitvoeringsverslag en het financieel verslag moeten inrichten.

In het Protocol Accountantsonderzoek 2012 geeft de NZa de externe accountant richtlijnen om de accountantscontrole bij de concessiehouders uit te voeren.

De verantwoordingsvoorschriften die voor de concessiehouders gelden, heeft de NZa vastgelegd in het model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2012. De concessiehouder moet vóór 1 juli van het jaar volgend op het verantwoordingsjaar bij de NZa de volgende producten aanleveren:

- Uitvoeringsverslag: In het uitvoeringsverslag rapporteert de concessiehouder over de uitvoering van de AWBZ in het voorafgaande jaar en geeft hij een overzicht van zijn voornemens voor de uitvoering van de AWBZ in het lopende jaar en het daarop volgende jaar;
- Financiële verantwoording: De financiële verantwoording bestaat uit een balans, een exploitatierekening en een toelichting op beide; hierin verantwoordt de concessiehouder zowel de geldstromen die rechtstreeks via het zorgkantoor lopen, als de geldstromen die via andere rechtspersonen gaan;
- Bestuurlijke verantwoording: In de bestuurlijke verantwoording legt de concessiehouder verantwoording af over het gevoerde financieel beheer en over de borging van de rechtmatigheid van de baten en lasten die in de financiële verantwoording zijn opgenomen³;
- Gecombineerde accountantsverklaring over de getrouwheid en de rechtmatigheid: De externe accountant spreekt in de gecombineerde accountantsverklaring een oordeel uit over de getrouwheid van de financiële verantwoording en over de rechtmatigheid van de schaden AWBZ, de bedrijfsopbrengsten AWBZ en de beheerskosten AWBZ die in de financiële verantwoording zijn opgenomen⁴;
- Accountantsrapport: Het accountantsrapport bevat de uitkomsten van het onderzoek van de externe accountant naar de verantwoordingsdocumenten van de concessiehouder.

1.3.2 AWBZ-verzekeraars

De AWBZ-verzekeraars verrichten werkzaamheden op het gebied van de inschrijving als AWBZ-verzekerde, verblijf in een ziekenhuis of revalidatiecentrum na 365 dagen voorverpleging, en de kosten bij wonen en tijdelijk verblijf in het buitenland. De AWBZ-verzekeraars declareren kosten van verblijf in een ziekenhuis of revalidatiecentrum na 365 dagen voorverpleging via het zogenoemde BZ/7 formulier rechtstreeks bij het CAK.

Agis Zorgverzekeringen N.V. is aangewezen om voor personen die op grond van een verdragsregeling (Europese Unie of bilaterale verdragen) bij tijdelijk verblijf in Nederland recht hebben op zorg ingevolge de AWBZ, de betreffende verdragsregeling uit te voeren.

Het CVZ heeft aan Agis Zorgverzekeringen N.V. mandaat en volmacht verleend om de overgangsregeling AWBZ-zorg in het buitenland uit te voeren. In het samenwerkingsprotocol tussen de NZa en het CVZ is overeengekomen dat de NZa toetst of Agis Zorgverzekeringen N.V. de overgangsregeling AWBZ-zorg in het buitenland rechtmatig uitvoert.

De AWBZ-verzekeraars verantwoorden zich over de ontvangsten en uitgaven AWBZ die niet via het CAK worden afgehandeld, met een jaarstaat. Bij die jaarstaat hoeven zij geen accountantsverklaring te overleggen (artikel 36 van de AWBZ vereist alleen een accountantsverklaring bij de financiële verantwoording van de concessiehouder). Omdat de jaarstaat en het BZ/7 formulier niet onder het regime van de accountantsverklaring vallen, voert de NZa zelfstandig onderzoek uit naar de rechtmatigheid op de jaarstaat en het BZ/7 formulier opgenomen kosten AWBZ.

³ De bestuurlijke verantwoording vormt als zodanig geen direct object van accountantsonderzoek. De accountant onderzoekt marginaal of de inhoud van de bestuurlijke verantwoording verenigbaar is met de financiële verantwoording. Ook stelt hij een verslag op van zijn bevindingen over de ordelijkheid en controleerbaarheid van het financiële beheer dat de concessiehouder heeft gevoerd.

⁴ Rechtmatigheid houdt in dat de schaden AWBZ (inclusief de schaden AWBZ in voorgaande jaren), de bedrijfsopbrengsten AWBZ en de beheerskosten AWBZ die in de financiële verantwoording zijn opgenomen, tot stand zijn gekomen in overeenstemming met de wettelijke bepalingen die van toepassing zijn.

Het onderzoek bij de AWBZ-verzekeraars richt zich niet op doelmatigheid omdat de ontvangsten en uitgaven betrekking hebben op niet gecontracteerde zorg waarover vooraf geen (doelmatigheid)afspraken worden gemaakt.

1.3.3 CAK

Het CAK is belast met het uitvoeren van publiekrechtelijke werkzaamheden. VWS en de NZa houden toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van deze taken.

In 2012 heeft VWS toezicht gehouden op de volgende geldstromen:

- Aanspraken op de Wet tegemoetkoming chronische zieken en gehandicapten (Wtcg)⁵;
- Beheerskosten CAK;
- Interest geldmiddelen ministerie van VWS.

In 2010 is er een traject gestart om het CAK om te vormen naar een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan (ZBO). De omvorming naar een ZBO is gerealiseerd per 1 januari 2013. Hierop vooruitlopend heeft de bekostiging van de beheerskosten van het CAK in 2012 al plaatsgevonden door VWS. Vanaf het verslagjaar 2012 houdt VWS toezicht op de verantwoording van de beheerskosten.

In 2012 heeft de NZa toezicht gehouden op de volgende geldstromen:

- Betaling van zorgaanspraken AWBZ;
- Eigen bijdragen voor Zorg zonder Verblijf;
- Eigen bijdragen voor Zorg met Verblijf;
- Eigen bijdragen Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- Uitkeringen compensatieregeling eigen risico (CER);
- Interest geldmiddelen Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) en Zorgverzekeringsfonds (Zvf).

In dit rapport wordt nader ingegaan op de posten waarop de NZa toezicht houdt met uitzondering van de CER en de interest geldmiddelen Zvf. De bevindingen over de CER en de interest geldmiddelen Zvf neemt de NZa op in het samenvattend rapport over de rechtmatige uitvoering van de Zvw.

De verantwoordingsvoorschriften die voor het CAK gelden, zijn vastgelegd in het door VWS en de NZa opgestelde Model Jaarverslaggeving 2012 CAK. In dit model worden onder andere het rechtmatigheidsbegrip en de inrichting van de verantwoordingsdocumenten van het CAK nader uitgewerkt.

In het Protocol Accountantsonderzoek 2012 CAK zijn door VWS en de NZa regels gesteld voor het door de externe accountant uit te voeren accountantsonderzoek en het op te stellen accountantsrapport. De externe accountant geeft bij de jaarrekening van het CAK een getrouwheidsverklaring af en geeft bij de bestuurlijke verantwoordingen een rechtmatigheidsverklaring af.

⁵ De kortingsregeling Wtcg is verankerd in de regelgeving die gebaseerd is op de AWBZ en de Wmo. Hierdoor valt het toezicht op de kortingsregeling Wtcg onder de verantwoordelijkheid van de NZa en is deze geldstroom onderdeel van het toezicht op de eigen bijdragen regelingen. Een expliciete afzonderlijke verantwoording is geen onderdeel van het 'Model Jaarverslaggeving 2012 CAK' en het 'Protocol Accountantsonderzoek 2012 CAK'.

In de getrouwheidsverklaring geeft de externe accountant aan of de financiële verantwoording een getrouw beeld geeft van de grootte en samenstelling van het vermogen ultimo het jaar en van het resultaat over het jaar. In de rechtmatigheidsverklaringen geeft de externe accountant aan of de specifiek benoemde geldstromen in de bestuurlijke verantwoordingen voldoen aan de eisen van financiële rechtmatigheid. Ook stelt de externe accountant een accountantsrapport op. Dit rapport bevat de uitkomsten van het onderzoek van de externe accountant naar de gedefinieerde deelonderzoeken.

1.4 Prestatiemeting concessiehouders

Met de vaststelling van een prestatiemeting (normenkader) wil de NZa de concessiehouders stimuleren om de AWBZ beter uit te voeren. Prestatiemeting maakt de oordelen van de NZa en de gevraagde verbeteringen transparanter en objectiever. Daarom heeft de NZa het protocol Prestatiemeting 2012 vastgesteld. Deze biedt het normenkader voor 2012 en licht de totstandkoming van de totaaloordelen per concessiehouder toe.

De prestatiemeting AWBZ 2012 is ingedeeld volgens de prestatievelden die zijn genoemd in de Aanwijzing zorgkantoren 2012. Deze prestatievelden zijn:

- Prestatieveld 1: Service aan cliënten;
- Prestatieveld 2: Zorginkoop en –contractering;
- Prestatieveld 3: Moderne administratieve organisatie.

De NZa heeft het normenkader 2012 ten opzichte van 2011 aangepast.

1.5 AWBZ in kwantitatieve zin

1.5.1 Concessiehouders

In tabel 1.1 zijn de belangrijkste kwantitatieve gegevens van alle concessiehouders gezamenlijk in 2012 en 2011 weergegeven.

Tabel 1.1. Kwantitatieve gegevens van alle concessiehouders

	2012 (x € 1.000)	2011 (x € 1.000)	Mutatie in %
Uitgaven aan AWBZ-zorg exclusief subsidies PGB	24.892.616	22.734.016	9,5%
Uitgaven subsidies PGB	2.583.459	2.452.365	5,3%
Uitgaven aan AWBZ-zorg inclusief subsidies PGB	27.476.075	25.186.381	9,1%
Beheerskosten inclusief afschrijvingen en voorzieningen	154.223	167.110	-/- 7,7%
Totaal bedrijfslasten	27.630.300	25.353.491	9,0%

Bron: Financiële verantwoordingen 2012 en 2011 van de concessiehouders

1.5.2 AWBZ-verzekeraars

In tabel 1.2 zijn de belangrijkste kwantitatieve gegevens 2012 en 2011 van de AWBZ-verzekeraars opgenomen.

Tabel 1.2. Totale baten en lasten AWBZ-verzekeraars

	2012 (x € 1.000)	2011 (x € 1.000)
Ziekenhuisverpleging en revalidatiecentra na 365 dagen (a)	0	375 ⁶
Betaalde lasten via de eigen jaarstaten (b)	1.839	1.570
Betaalde lasten overgangsregeling wonen in het buitenland via de eigen jaarstaat (c)	8.748	8.761
Ontvangen baten via de eigen jaarstaten (d)	0	0
Regeling verkeerde bed (e)	0	0
Saldo lasten (-/- baten)	10.587	10.706

Bron: Jaarstaten AWBZ 2012 en 2011 (b, c en d) en opgave van het CAK (a, e)

1.5.3 CAK

In tabel 1.3 zijn de belangrijkste kwantitatieve gegevens 2012 en 2011 van het CAK opgenomen.

Tabel 1.3. Kwantitatieve gegevens van het CAK

	2012 (x € 1.000)	2011 (x € 1.000)	Mutatie in %
Betaling van zorgaanspraken AWBZ	24.956.317	22.411.054	11,4%
Opbrengsten uit eigen bijdragen voor Zorg zonder Verblijf ⁷	113.064	96.975	16,6%
Opbrengsten uit eigen bijdragen voor Wmo ⁸	295.820	251.978	17,4%
Opbrengsten uit eigen bijdragen voor Zorg met Verblijf ⁹	1.720.811	1.710.860	0,6%
Ontvangen Wtcg korting Zorg zonder Verblijf	33.379	39.400	-/- 15,3%
Ontvangen Wtcg korting Wmo	104.867	99.514	5,4%
Interest geldmiddelen AFBZ	361	466	-/- 22,5%

Bron: Jaarverslagen CAK 2012 en 2011

De NZa volgt de kostenontwikkeling van de AWBZ-zorg in natura. Circa de helft van de kostenstijging in 2012 is toe te schrijven aan de verhoging van de tarieven. Het betreft hier de jaarlijkse standaard indexatie en, voor de intramurale zorg, de toevoeging van de zogenoemde 'Agema'-gelden.

Voor het overige wordt de kostenstijging veroorzaakt door volume-effecten. In de intramurale AWBZ-zorg constateert de NZa een toename van het aantal cliënten in zorg plus een toename in de gemiddelde zorgbehoefte per cliënt. In de extramurale AWBZ-zorg gaat het om een toename van het aantal zorguren¹⁰.

⁶ Het CAK heeft deze kosten over 2011 verantwoord bij het Zorgkantoor 't Gooi, deze kosten hebben echter betrekking op Agis Zorgverzekeringen N.V.

⁷ De opbrengsten uit eigen bijdragen voor Zorg zonder Verblijf bestaat uit de eigen bijdragen die in het boekjaar zijn opgelegd, verminderd met het verantwoorde bedrag aan facturatiestop, de afboekingen en restituties in het boekjaar.

⁸ De opbrengsten uit eigen bijdragen voor Wmo bestaat uit de eigen bijdragen die in het boekjaar zijn opgelegd, verminderd met het verantwoorde bedrag aan minimabeleid, facturatiestop, de afboekingen en restituties in het boekjaar.

⁹ De opbrengsten uit eigen bijdragen voor Zorg met Verblijf bestaat uit de eigen bijdragen die in het boekjaar zijn opgelegd, de correctie eigen bijdragen oude jaren, verminderd het verantwoorde bedrag aan facturatiestop, de afboekingen, restituties en de gewenningsbijdrage.

¹⁰ De NZa werkt deze analyse verder uit in de marktscan AWBZ.

2. Uitkomsten prestatiemeting concessiehouders

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijft de NZa de uitkomsten van de prestatiemeting AWBZ in 2012 bij de concessiehouders.

In paragraaf 2.2 worden de totaalscores van de concessiehouders over 2012 besproken. In paragraaf 2.3 respectievelijk paragraaf 2.4 en paragraaf 2.5 worden per concessiehouder de uitkomsten behandeld van de prestatie-indicator Zorg in Natura, Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg en Klachtenbehandeling (alle drie uit prestatieveld 1, Service aan cliënten).

In de paragrafen 2.6 tot en met 2.8 komen de uitkomsten aan bod van een aantal prestatie-indicatoren uit prestatieveld 2, Zorginkoop en –contractering. Het betreft Contracteerproces in paragraaf 2.6, Doelmatige zorglevering binnen de contracteeruimte in paragraaf 2.7 en Innovatie en kwaliteit zorgverlening in paragraaf 2.8.

Voor de beoordeling van het inkoopbeleid kijkt de NZa vooruit: bij het onderzoek AWBZ 2012 heeft zij niet alleen de uitvoering van het inkoopbeleid 2012, maar ook de opzet en voorbereiding van het inkoopbeleid 2013 beoordeeld.

Daarna komen de uitkomsten aan bod van een aantal prestatie-indicatoren uit prestatieveld 3, Moderne administratieve organisatie. Het betreft Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura in paragraaf 2.9, Administratie op verzekerdenniveau voor PGB in paragraaf 2.10, Monitoring continuïteit zorgverlening in paragraaf 2.11, Materiële controle in paragraaf 2.12, Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik in paragraaf 2.13 en Administratieve organisatie en interne beheersing in paragraaf 2.14.

De NZa blikt in paragrafen 2.15 en 2.16 terug op de opvolging van de verbeterpunten van het onderzoek over 2011 en 2010. Een goede opvolging van verbeterpunten gaat hand in hand met hogere scores op de betreffende prestatie-indicator in het daaropvolgende jaar.

In paragraaf 2.17 gaat de NZa in op de kwaliteit van de verantwoordingsinformatie van de concessiehouders.

Bij de paragrafen over de prestatie-indicatoren die integraal beoordeeld zijn is voor de betreffende prestatie-indicator een tabel opgenomen waarin het oordeel van de NZa over 2012 wordt vergeleken met eerdere jaren.

Voor de prestatie-indicatoren Zorg in natura, Klachtenbehandeling, Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik kunnen de scores 2012 worden vergeleken met die uit 2011.

Voor de prestatie-indicatoren PGB en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg, Innovatie en kwaliteit zorgverlening, Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura, Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg kunnen de scores 2012 slechts worden vergeleken met die uit 2010 en 2009.

Voor de prestatie-indicatoren Monitoring continuïteit zorgverlening en Administratieve organisatie en interne beheersing kunnen de scores alleen worden vergeleken met 2009. Dat is namelijk het jaar waarin de laatste integrale beoordeling van deze prestatie-indicatoren heeft plaatsgevonden.

In dit hoofdstuk worden naast de uitkomsten van de prestatiemeting bij de concessiehouders ook best practices besproken. De NZa heeft geconstateerd dat sommige concessiehouders op een aantal toetsingsaspecten in hun functioneren boven de norm uitgaan. De aanpak van deze concessiehouders kan naar de mening van de NZa als voorbeeld dienen voor de sector. De NZa pretendeert hiermee overigens geen uitputtend overzicht van best practices te geven.

De NZa heeft het onderzoek uitvoering AWBZ 2012 uitgevoerd in de periode april tot en met oktober 2013.

2.2 Totaalscores

2.2.1 Einduitkomsten concessiehouders 2012

De NZa heeft het onderzoek 2012 naar het functioneren van de concessiehouders toegespitst op tien van (van de twaalf) prestatie-indicatoren. Dit betekent dat de NZa geen oordeel kan geven over de gehele uitvoering van de AWBZ, dat met voorgaande jaren kan worden vergeleken. Wel is het functioneren van de concessiehouders samengevat in een totaalscore: het aantal punten dat een concessiehouder heeft behaald op de over 2012 onderzochte prestatie-indicatoren, in verhouding tot het maximaal aantal te behalen punten. In tabel 2.1 is een ranking opgenomen van de totaalscores van de concessiehouders¹¹. In tabel 2.2 zijn over 2012 de resultaten van de tien onderzochte prestatie-indicatoren opgenomen in absolute punten en als percentage van het maximaal te behalen punten weergegeven. Ter vergelijking zijn ook de resultaten (percentage van maximaal te behalen punten) over 2011 in de tabel opgenomen. In 2011 zijn vijf prestatie-indicatoren integraal onderzocht. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen met de scores 2012 per concessiehouder op elk van de tien beoordeelde prestatie-indicatoren.

De NZa kent op basis van de uitkomsten van haar onderzoek aan alle prestatie-indicatoren een score toe. De NZa hanteert hierbij per indicator het oordeel goed, voldoende of onvoldoende: de oordelen worden vertaald in 2, 1 of 0 punten. Door de totaalscore per prestatie-indicator (2, 1 of 0 punten) te vermenigvuldigen met de wegingsfactor en de uitkomst daarvan op te tellen, wordt de score voor de tien onderzochte prestatie-indicatoren berekend.

¹¹ Formeel is sprake van elf concessiehouders. Feitelijk worden de concessies van Agis en Achmea uitgevoerd binnen één gemeenschappelijke bedrijfsvoering, hetgeen zich ook uit in vrijwel identieke scores in 2012. Hetzelfde geldt voor de concessies van Univé, Trias en VGZ. Materieel zijn nog acht verschillende organisaties werkzaam.

Tabel 2.1. Ranking scores concessiehouders 2012

	Concessiehouder	Score 2012	Score 2011	Score 2010
1.	Zorgkantoor DSW B.V.	98%	100%	100%
2.	Zorgkantoor Friesland B.V.	91%	71%	100%
3.	CZ Zorgkantoor B.V.	89%	75%	83%
	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	89%	85%	92%
5.	Trias Zorgkantoor B.V.	82%	90%	92%
	Univé Zorgkantoor B.V.	82%	90%	75%
	VGZ Zorgkantoor B.V.	82%	90%	79%
8.	Stichting Zorgkantoor Menzis	80%	70%	83%
9.	Salland Zorgkantoor B.V.	61%	43%	71%
10.	Achmea Zorgkantoor N.V.	57%	55%	63%
11.	Agis Zorgverzekeringen N.V.	55%	90%	83%

Bron: NZa

Toelichting: De concessiehouder, aflopend gerangschikt op de totaalscore in 2012. Ter vergelijking zijn ook de totaalscores over 2011 en 2010 vermeld.

Tabel 2.2. Totaalscores 2012 en vergelijking met de scores 2011

	Totaal aantal zorgkantoren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren in 2012	32	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
Scores 2012 (10 PI's) (max 44 punten) ¹²		25	24	39	40	43	35	23	36	36	36	39
% max score 2012	79	57	55	89	91	98	80	61	82	82	82	89
% max score 2011	79	55	90	75	71	100	70	43	90	90	90	85

Bron: NZa

Legenda: De scores 80-100% zijn aangegeven met de kleur groen, de scores 55-80% met een oranje kleur en de scores onder 55% met een rode kleur. Ook bij het in zwart-wit afdrucken kan dit worden herkend: des te lichter de kleur, des te hoger de score. Elke concessiehouder telt in dit overzicht even zwaar.

2.2.2 Toelichting uitkomsten onderzoek

Bij de algemene beoordeling komt concessiehouder DSW Zorgkantoor B.V., als beste te voorschijn. Deze concessiehouder scoort al een aantal jaren goed. De concessiehouders Agis Zorgverzekeringen N.V., Achmea Zorgkantoor N.V. en Salland Zorgkantoor B.V. scoren daarentegen relatief laag. In het algemeen scoren de grote concessiehouders slechter dan de kleine concessiehouders. Omdat in 2011 andere prestatie-indicatoren zijn onderzocht en de normering op punten afweek, zijn de uitkomsten slechts beperkt vergelijkbaar met het voorgaande jaar.

¹² Eén concessiehouder heeft geen oordeel over het proces Klachtenbehandeling gekregen, wegens te weinig geregistreerde klachten in 2012: de maximale score voor deze concessiehouder is derhalve 38.

Geen enkele concessiehouder heeft op alle onderdelen het oordeel goed gehaald.

2.3 Prestatie-indicator Zorg in natura

2.3.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2012 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Zorg in natura.¹³

Tabel 2.3. Scores 2012 per concessiehouder Zorg in natura

Service aan cliënten	Wegingsfactor 2012	Totaal aantal zorgkantoren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren		32	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
Zorg in natura	4		G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	V

Bron: NZa

Legenda: Het oordeel 'goed' is aangegeven met de kleur groen, het oordeel 'voldoende' met een oranje kleur en een rode kleur is toegekend aan het oordeel 'onvoldoende'. Een score goed hoeft niet te betekenen dat een concessiehouder volledig aan alle beoordelingsaspecten heeft voldaan.

2.3.2 Te stellen eisen

Een belangrijke taak van concessiehouders is om belanghebbenden - gemeenten, zorgverzekeraars en verzekerden - goed en tijdig te informeren over het gecontracteerde zorgaanbod in de regio, de wachttijden en hoe 'het werkt in de AWBZ'. Dat kunnen zij ook doen zonder dat hieraan een specifieke vraag vooraf gaat, bijvoorbeeld via de website en folders. Ook moeten concessiehouders, onder meer op hun websites, verzekerden informeren over de zorgzwaartepakketten die met elke gecontracteerde intramurale zorgaanbieder zijn afgesproken.

Concessiehouders moeten vaststellen dat het beleid van zorgaanbieders voor de bijbetalingen transparant is voor de consument, tot stand komt in overleg met de cliëntenraad en in overeenstemming is met de AWBZ.

De concessiehouder en de zorgaanbieder moeten afspraken maken over het tijdig in zorg nemen van verzekerden en dit monitoren. Zij moeten regelen dat - als tijdige zorgverlening niet mogelijk is - de zorgaanbieder dit meldt, en een alternatief wordt gezocht.

Ook door de inzet van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) krijgen concessiehouders inzicht in de zorgvraag. Het betreft een overzicht van geïndiceerden, die nog niet aan een zorgaanbieder zijn toegewezen. Ook levert de AZR de concessiehouder relevante informatie per zorgaanbieder op over wachtlijsten en wachtstatus. Voorwaarde hiervoor is dat zij deze periodiek met de zorgaanbieders afstemmen.

¹³ De NZa hanteert hierbij per indicator het oordeel goed, voldoende of onvoldoende: de oordelen worden vertaald in 2, 1 of 0 punten. Door de totaalscore per prestatie-indicator (2, 1 of 0 punten) te vermenigvuldigen met de wegingsfactor 4 wordt de totaalscore van deze prestatie-indicator berekend.

Ook moeten concessiehouders de levering van acute AWBZ-zorg binnen 24 uur garanderen.

Voor het verbeteren van de kwaliteit van AWBZ-zorg is het van belang dat concessiehouders actief samenwerken met andere, regionale, instanties om de dienstverlening en informatievoorziening aan de cliënt op elkaar af te stemmen.

2.3.3 Vergelijking met voorgaande jaren

De NZa heeft geconstateerd dat concessiehouders in totaliteit de prestatie-indicator Zorg in natura in 2012 beter dan in 2011 hebben uitgevoerd (zie tabel 2.4). Tien concessiehouders scoren in 2012 een goed en één voldoende. Geen enkele concessiehouder scoorde een onvoldoende.

Tabel 2.4. Resultaatscores concessiehouders 2010 t/m 2012: zorg in natura

Service aan cliënten	2012			2011			2010		
	Goed	Vol-doende	Onvol-doende	Goed	Vol-doende	Onvol-doende	Goed	Vol-doende	Onvol-doende
Zorg in natura	10	1	0	7	4	0	5	6	0

Bron: NZa

2.3.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten in de informatievoorziening aan verzekerden zijn:

- het nog verbeteren van de kwaliteitsinformatie per individuele gecontracteerde zorgaanbieder op de website (acht concessiehouders, 24 zorgkantoren);
- het nog verbeteren van de etalage-informatie per individuele gecontracteerde zorgaanbieder op de website (acht concessiehouders, 27 zorgkantoren);
- het op de website plaatsen van de wachttijden bij de gecontracteerde zorgaanbieders of verbetering van die informatie (acht concessiehouders, twintig zorgkantoren);
- het in de publieksfolder aandacht besteden aan kwetsbare groepen die mogelijk extra belemmeringen ondervinden bij de indicatieaanvraag. Hierbij moeten zorgkantoren ook verwijzen naar de websites van cliënten- en consumentenorganisaties (vier concessiehouders, dertien zorgkantoren).

De belangrijkste verbeterpunten in de realisatie van zorg conform de aanspraak van cliënten zijn:

- het in de overeenkomst van de zorgaanbieder verlangen dat deze de CVZ-brochure '*Daar hebt u recht op in een AWBZ-instelling*' in acht neemt (drie concessiehouders, elf zorgkantoren);
- het monitoren van de aanwezigheid van Melding aanvang zorg (MAZ) en Mutatie / einde zorg (MUT) berichten bij controle op de declaratie op cliëntniveau of via een periodieke afstemming van de wachtlijst-informatie en wachtstatus met de zorgaanbieder (vier concessiehouders, achttien zorgkantoren);
- het duidelijk vermelden van poortwachters voor de Gehandicaptenzorg per regio in crisisprotocol en op de website, en het informeren van de Gehandicaptenzorg poortwachters over de crisisregisseurs en hun rol in de spoedzorgprocedure in de regio (twee concessiehouders, tien zorgkantoren).

2.3.5 Analyse

Uit het in januari 2010 gepubliceerde NZa-rapport *'Wie helpt de consument?'* bleek dat de publieksinformatie van zorgkantoren over de werking van de AWBZ nog kon verbeteren.

Veel verbeterpunten 2012 betreffen net als in de voorgaande jaren de transparante informatie van het zorgkantoor over alle gecontracteerde zorgaanbieders over onder meer wachttijden en kwaliteit. In 2012 blijkt de publieksfolder te zijn verbeterd. Echter, de kwetsbare cliëntengroepen die extra ondersteuning nodig hebben bij de uitoefening van hun rechten moeten nog beter worden belicht.

De NZa constateert dat alle concessiehouders in 2012 met de zorgaanbieder hebben afgesproken dat deze transparant is over de aanvullende diensten en bijbetalingen. Wel moeten enkele concessiehouders duidelijker aangeven dat de zorgaanbieder hierbij de CVZ brochure hanteert. Verder blijken de concessiehouders in het overleg met de zorgaanbieder goed te monitoren dat deze de cliëntenraad betreft in zijn beleid voor aanvullende diensten.

In 2012 blijken concessiehouders beter te volgen wat er met een verzekerde gebeurt die wel over een indicatie beschikt, maar tegen zijn wil nog niet in zorg is genomen. De concessiehouders hebben in 2012 werk gemaakt van de afstemming van de wachtlijsten met de zorgaanbieder, en volgen de actualiteit van het berichtenverkeer beter dan in voorgaande jaren. Dit is een voorwaarde voor een proactieve opstelling van het zorgkantoor naar verzekerden op de wachtlijst.

De NZa constateert dat alle concessiehouders anders dan in 2011 het AW317 bericht nieuwe stijl in 2012 tijdig aanleveren.¹⁴ Dit komt de volledigheid ten goede van de landelijke wachtlijstrapportage van het CVZ, waarmee de overheid en de NZa geïnformeerd worden over de toegankelijkheid van de AWBZ-zorg.

De regeling van de 24-uurs zorg is in 2012 verder verbeterd. In alle regio's zijn inmiddels crisisprotocollen voorhanden. Wel moeten in een aantal regio's de crisisprotocollen voor de Gehandicaptenzorg de poortwachters duidelijk aangeven en de rol van de crisisregisseurs beter toelichten.

De NZa constateert dat de concessiehouders in 2012 werk maken van periodiek overleg met regionale cliëntenorganisaties en de aandachtspunten in hun inkoopbeleid betrekken. Wel geven de concessiehouders aan dat cliëntorganisaties over minder middelen en personeelsbezetting beschikken, en moeilijker aan tafel te krijgen zijn.

2.3.6 Vervolgactie

De NZa zal de opvolging van de verbeterpunten in het onderzoek over 2013 betrekken. Het betreft hier belangrijke toegankelijkheidsaspecten. De NZa verwacht van concessiehouders dat zij deze verbeterpunten realiseren in het inkoopbeleid voor 2015.

Alle concessiehouders hebben in samenwerking met het CVZ in de AWBZ-brede zorgregistratie een verdere verbetering doorgevoerd in 2013. Dit is niet alleen relevant voor de toegankelijkheid, maar ook een voorwaarde voor de declaratie op cliëntniveau.

¹⁴ De AW317 in AZR 3.0 is het bericht dat zorgkantoren gebruiken om wachtlijstgegevens aan te leveren bij het CVZ.

De NZa zal de deelname van de concessiehouders aan deze samenwerking in het onderzoek over 2013 betrekken. Ook zal de NZa hierin de maatregelen betrekken, die concessiehouders in samenwerking met het CVZ nemen om de wachtlijstregistratie actueel te houden. De NZa betreft bij haar onderzoek over het controlejaar 2013 bij de concessiehouders ook de bevindingen van het CVZ.

2.3.7 Best practices zorg in natura

In deze paragraaf benoemt de NZa best practices met betrekking tot het functioneren van concessiehouders op de prestatie-indicator Zorg in natura.

De concessiehouder OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. is bij cliëntinformatie over de gecontracteerde zorgaanbieders als best practice aangemerkt (toetsingsaspect A). Hij biedt in zijn zorgatlas per zorgaanbieder uitgebreide en actuele kwaliteitsinformatie, voldoende etalage-informatie en periodiek geactualiseerde wachtlijstinformatie.

De concessiehouder Zorgkantoor DSW B.V. is voor zijn actuele, goed toegankelijke publieksfolder als best practice aangemerkt (toetsingsaspect B). Hij heeft ook actuele publieksfolders over het gecontracteerde zorgaanbod gemaakt. Hij heeft de folders zowel op de website als in hard copy op de distributiepunten beschikbaar gesteld.

2.4 Prestatie-indicator Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg

2.4.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2012 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Persoonsgebonden budget (PGB) en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg (VPZ).

Tabel 2.5. Scores 2012 per concessiehouder op PGB / VPZ

Service aan cliënten	Wegingsfactor 2012	Totaal aantal zorgkantoren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren		32	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
PGB en VPZ	1		V	O	V	G	G	G	G	G	G	G	G

Bron: NZa

Legenda: Het oordeel 'goed' is aangegeven met de kleur groen, het oordeel 'voldoende' met een oranje kleur en een rode kleur is toegekend aan het oordeel 'onvoldoende'. Een score goed hoeft niet te betekenen dat een concessiehouder volledig aan alle beoordelingsaspecten heeft voldaan.

2.4.2 Te stellen eisen

Concessiehouders moeten zorg dragen voor een cliëntgerichte en cliëntvriendelijke informatieverstrekking aan budgethouders.

De NZa heeft de beoordeling van het proces getoetst op de onderdelen actuele informatieverstrekking, toekenningsbeschikking, storting voorschotbedrag, verantwoordingsformulieren, toelichtende brief bij de verantwoording, tijdige signalering herindicatie en elektronisch verantwoorden. Daarnaast dient de concessiehouder budgethouders te faciliteren bij het verzilveren van recht op zorg. De NZa heeft hiervoor de doorlooptijd van de aanvraag en het tijdig afgeven van de toekenningsbeschikking beoordeeld.

2.4.3 Vergelijking met voorgaande jaren

De NZa constateert dat de uitvoering van Persoonsgebonden budget en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg in 2012 ten opzichte van 2010 bij de meeste concessiehouders verbeterd is (zie tabel 2.6). Over 2011 is deze prestatie-indicator niet beoordeeld. Acht concessiehouders scoren in 2012 een goed en twee een voldoende. Wel scoort in 2012 één concessiehouder een onvoldoende.

Tabel 2.6. Resultaatcores concessiehouders 2009, 2010 en 2012: PGB / VPZ

Service aan cliënten	2012			2010			2009		
	Goed	Vol-doende	Onvol-doende	Goed	Vol-doende	Onvol-doende	Goed	Vol-doende	Onvol-doende
PGB en VPZ	8	2	1	6	5	0	4	7	0

Bron: NZa

2.4.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- het toespitsen van de toekenningsbeschikking op de specifieke situatie van de budgethouder (vier concessiehouders, tien zorgkantoren);
- het tijdig versturen van heldere communicatie aan budgethouders (twee concessiehouders, vier zorgkantoren);
- het helder uiteenzetten van de periode waaraan zowel budgethouder als concessiehouder zich dienen te houden (vier concessiehouders, veertien zorgkantoren);
- het bij storting vermelden van het beschikingsnummer en/of de periode waarop het voorschotbedrag betrekking heeft (één concessiehouder, één zorgkantoor);
- het schrijven van de beschikking op B1-niveau (één concessiehouder, één zorgkantoor);
- het zichtbaar vastleggen van de globale controles (drie concessiehouders, acht zorgkantoren);
- het binnen zes weken de budgethouder informeren over de uitkomsten van de globale controle (vijf concessiehouders, zeventien zorgkantoren);
- het de budgethouder uiterlijk twee maanden voor het verstrijken van de indicatieperiode informeren over de afloop van de geldigheidsduur van het indicatiebesluit (één concessiehouder, één zorgkantoor);
- het tijdig toekennen van de toekenningsbeschikking (twee concessiehouders, tien zorgkantoren);
- het tijdig afgeven van de pgb-beschikking na ontvangst van het aanvraagformulier (vijf concessiehouders, 21 zorgkantoren).

2.4.5 Analyse

De NZa heeft in het onderzoek over 2011 deze prestatie-indicator slechts zeer beperkt onderzocht. In 2012 is de gehele prestatie-indicator beoordeeld en zijn de processen nader geanalyseerd.

Hierbij zijn naast de reguliere prestatienorm ook verdiepende vragen gesteld over de voorlichting van de concessiehouders over de PGB-fraude aanpak, rechten en plichten van budgethouders en het beschikken over een aparte bankrekening voor budgethouders met verblijfindicatie. De uitkomsten van dit verdiepend onderzoek en een nadere analyse van deze prestatiemeting zijn opgenomen in het rapport Thematisch onderzoek Persoonsgebonden budget.

2.4.6 Vervolgacties

Aangezien één concessiehouder een onvoldoende heeft gescoord en het grote aantal verbeterpunten bij concessiehouders zal de NZa de prestatie-indicator PGB nauwlettend volgen. De NZa verwacht van concessiehouders dat zij de verbeterpunten realiseren in 2014. De NZa zal bij de betreffende concessiehouder die voor deze prestatie-indicator in 2012 een onvoldoende scoorde maatregelen treffen. Daarnaast zal de NZa in het voorjaar van 2014 tussentijds onderzoek doen naar de voortgang van de verbeteracties. Dit tot doel de uitvoering van deze prestatie-indicator te verbeteren.

De NZa zal de opvolging ook betrekken in haar verdiepend onderzoek PGB. Daarnaast zal de NZa de nieuwe ontwikkelingen beoordelen, waaronder de uitkomsten van de huisbezoeken en het implementeren van trekkingsrechten. In 2014 zal het verdiepend onderzoek naar het PGB worden gecontinueerd.

2.4.7 Best practices PGB / VPZ

Stichting Zorgkantoor Menzis heeft in samenwerking met een extern trainingsinstituut opleidingen ontwikkeld voor zowel de AWBZ in het algemeen als specifiek voor het PGB. De opleiding biedt goede basisinformatie over de AWBZ en het PGB voor nieuwe medewerkers. De opleiding verschaft een helder en gestructureerd beeld van het verloop van het PGB-proces en het theoretisch kader van het PGB-terrein. Dit maakt de opleiding ook geschikt voor professionals die zijdelings met het PGB-terrein te maken hebben.

2.5 Prestatie-indicator Klachtenbehandeling

2.5.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2012 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Klachtenbehandeling.¹⁵

¹⁵ De NZa hanteert hierbij per indicator het oordeel goed, voldoende of onvoldoende: de oordelen worden vertaald in 2, 1 of 0 punten. Door de totaalscore per prestatie-indicator (2, 1 of 0 punten) te vermenigvuldigen met de wegingsfactor 3 wordt de totaalscore van deze prestatie-indicator berekend.

Tabel 2.7. Scores 2012 per concessiehouder op Klachtenbehandeling

Service aan cliënten	Wegingsfactor 2012	Totaal aantal zorgkantoren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren		32	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
Klachtenbehandeling	3		V	V	G	V	G	G	-	G	G	G	G

Bron: NZa

Legenda:

- Legenda: Het oordeel 'goed' is aangegeven met de kleur groen, het oordeel 'voldoende' met een oranje kleur en een rode kleur is toegekend aan het oordeel 'onvoldoende'. Een score goed hoeft niet te betekenen dat een concessiehouder volledig aan alle beoordelingsaspecten heeft voldaan.
- Als er minder dan 5 ontvangen klachten geregistreerd zijn, kan de NZa geen afgewogen oordeel vellen over de uitvoering van deze prestatie-indicator. Bij deze concessiehouders is het scoreveld blanco.

2.5.2 Te stellen eisen

Een goede klachtenbehandeling is voor consumenten essentieel. Het indienen van een klacht is één van de weinige mogelijkheden voor de consument om verbeteringen te bereiken. Consumenten kunnen immers niet een ander zorgkantoor kiezen en soms evenmin naar een andere zorgaanbieder overstappen.

Concessiehouders moeten verzekerden attenderen op en informeren over de mogelijkheden om eventuele onvrede te uiten door het indienen van een klacht. Verder moeten zij beschikken over een actuele procedurebeschrijving. Ook dienen zij over het klachtproces goede managementinformatie beschikbaar te hebben en op basis hiervan eventueel noodzakelijke verbeteringen door te voeren.

In de Algemene wet bestuursrecht (Awb) zijn wettelijke vereisten voor klachtenbehandeling opgenomen. In de prestatiemeting zijn toetsingsaspecten opgenomen die gebaseerd zijn op de wettelijke vereisten, zoals:

- het schriftelijk bevestigen van klachten;
- het tijdig afhandelen van klachten;
- het klagers in de gelegenheid stellen te worden gehoord;
- het klagers informeren over het onderzoek naar de klacht;
- het wijzen op de mogelijkheid om bij de Nationale ombudsman een verzoekschrift in te dienen.

Andere belangrijke aspecten die de NZa meeneemt in haar beoordeling van de klachtenbehandeling zijn het in behandeling nemen van klachten over de kwaliteit van zorg en de cliëntvriendelijkheid van het proces.

In de Awb is geen definitie van het begrip 'klacht' opgenomen. Een definitie zou het risico van inperking van het klachtrecht oproepen. Dit betekent dat de afbakening van het begrip 'klacht' in de uitvoeringspraktijk vooral georiënteerd moet zijn op de aard en de inhoud van een klacht en op de bedoeling van de klager, dit vanuit het perspectief van aanvullende rechtsbescherming.

2.5.3 Vergelijking met voorgaande jaren

De NZa constateert dat de uitvoering van Klachtenbehandeling in 2012 ten opzichte van 2011 nagenoeg gelijk gebleven is (zie tabel 2.8). Zeven concessiehouders scoren een goed en drie een voldoende. Bij één concessiehouder is geen oordeel gegeven vanwege het geringe aantal geregistreerde klachten. In 2011 scoorden zes concessiehouders een goed, drie een voldoende en bij twee concessiehouders was geen oordeel gegeven.

Tabel 2.8. Resultaatscores concessiehouders 2009, 2010 en 2012: Klachtenbehandeling

Service aan cliënten	2012			2011			2009		
	Goed	Vol-doende	Geen oordeel	Goed	Vol-doende	Geen oordeel	Goed	Vol-doende	Onvol-doende
Klachtenbehandeling	7	3	1	6	3	2	5	5	1

Bron: NZa

2.5.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten betreffen de naleving van de Awb:

- het binnen de wettelijke termijn afhandelen van klachten (vier concessiehouders, negentien zorgkantoren);
- het juist, helder en toegankelijke informatie beschikbaar stellen via de website dan wel via een folder over de mogelijkheid van het indienen van een klacht (vijf concessiehouders, negen zorgkantoren);
- het beschikbaar over een actuele procedurebeschrijving of werkinstructie (twee concessiehouders, twee zorgkantoren);
- het klagers in alle gevallen tijdig in de gelegenheid stellen te worden gehoord (vier concessiehouders, dertien zorgkantoren);
- het beschikbaar zijn van goede managementrapportages (zes concessiehouders, achttien zorgkantoren);
- het tijdig schriftelijk bevestigen van ontvangen klachten (vier concessiehouders, twaalf zorgkantoren).

2.5.5 Analyse

De NZa constateert dat de concessiehouders ten opzichte van 2011 vrijwel gelijk zijn gebleven in score. Er resteren nog belangrijke verbeterpunten.

De afhandeling van alle klachten geschiedt bij vier concessiehouders (met negentien zorgkantoren) nog steeds niet altijd binnen de wettelijke termijnen. Dit betreft de grote concessiehouders.

Wel heeft de NZa geconstateerd dat de afhandelingsbrief over het algemeen van voldoende niveau is.

Bij zeven concessiehouders zijn nog verbeteringen mogelijk in de beschrijving van de procedures en / of in de managementrapportages.

2.5.6 Vervolgactie

De NZa zal de opvolging van de verbeterpunten nagaan.

De verbeterpunten die betrekking hebben op de naleving van de Awb worden door de NZa net als in het vorige onderzoeksjaar zwaar meegewogen en bovendien betrokken in de randvoorwaarden om voor een oordeel 'goed' in aanmerking te komen.

Als concessiehouders op die toetsingsaspecten onvoldoende presteren, vindt dat direct zijn weerslag in de beoordeling van deze prestatie-indicator. De NZa verwacht van concessiehouders dat zij de verbeterpunten realiseren in 2014.

Klachtalertheid blijft een aandachtspunt. In 2012 heeft één concessiehouder geen of nauwelijks klachten ontvangen (minder dan vijf klachten). De NZa heeft zich van een oordeel over het functioneren van deze concessiehouder onthouden. Verder hebben twee concessiehouders tussen de vijf en tien klachten ontvangen. Alhoewel een gering aantal klachten op zichzelf positief is, hecht de NZa eraan dat signalen van verzekerden die geïnterpreteerd kunnen worden als klacht, als zodanig worden vastgelegd en afgehandeld. Dit biedt niet alleen mogelijkheden tot een optimale klachtafhandeling door de concessiehouder, maar ook tot een verbetering van zijn processen.

2.5.7 Best practices Klachtenbehandeling

In deze paragraaf benoemt de NZa best practices met betrekking tot het functioneren van concessiehouders op de prestatie-indicator Klachtenbehandeling.

Concessiehouder CZ Zorgkantoor B.V. is als best practice aangemerkt omdat hij de kortste gemiddelde doorlooptijd bereikte van minder dan acht kalenderdagen.

2.6 Prestatie-indicator Contracteerproces

2.6.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de uitkomsten van 2012 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Contracteerproces.

Er wordt over deze prestatie-indicator geen oordeel gegeven. Het onderzoek heeft zich uitsluitend gericht op één van de vier toetsingsaspecten A tot en met D: toetsingsaspect C. Wel is op basis hiervan een indicatieve vergelijking gemaakt van de concessiehouders. Op het onderzochte toetsingsaspect kan de concessiehouder maximaal twee van de tien punten behalen.

2.6.2 Te stellen eisen

Concessiehouders moeten zorgaanbieders, die vergelijkbare producten aanbieden, op een gelijke, objectieve manier behandelen. Zij moeten in het contracteerbeleid duidelijk opnemen, welke afwijkende voorwaarden zij hanteren in hun beoordeling van nieuwe aanbieders.

Zo is het van belang is dat nieuwe zorgaanbieders tijdig weten, of en zo ja, voor welke zorg de concessiehouder nieuwe zorgaanbieders contracteert, en het maximum aan nieuwe toetreders dat de concessiehouder hierbij eventueel hanteert. Ook is het belangrijk dat nieuwe zorgaanbieders tijdig worden geïnformeerd over de selectiecriteria die de concessiehouder toepast en hoe hun tarieven worden berekend.

2.6.3 Vergelijking met voorgaande jaren

Omdat over 2012 slechts één toetsingsaspect is onderzocht is vergelijking met 2011, het laatste jaar waarin deze prestatie-indicator integraal beoordeeld is, niet mogelijk.

2.6.4 Verbeterpunten

Het verbeterpunt in het contracteerbeleid is:

- het duidelijker aangeven welke selectiecriteria de concessiehouder toepast op nieuwe aanbieders en / of op welke tarieven nieuwe aanbieders kunnen rekenen (vijf concessiehouders, elf zorgkantoren).

2.6.5 Analyse

De NZa zal de opvolging van het verbeterpunt in het onderzoek over 2013 betrekken. Naar haar mening moeten nieuwe zorgaanbieders tijdig voor de start van het inkoopproces weten of zij een reële kans maken op een contract en zo ja, op welke voorwaarden zij kunnen rekenen.

2.6.6 Vervolgactie

Transparantie van het inkoopbeleid blijft een belangrijk toetsingspunt voor de NZa. De NZa zal de opvolging van het verbeterpunt volgen. De NZa verwacht van concessiehouders dat zij dit verbeterpunt realiseren in het inkoopbeleid voor 2015.

2.7 Prestatie-indicator Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

2.7.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de uitkomsten van 2012 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte.

Er wordt over deze prestatie-indicator geen oordeel gegeven. Het onderzoek heeft zich uitsluitend gericht op het toetsingsaspect B. Wel is op basis hiervan een indicatieve vergelijking gemaakt van de concessiehouders. Op het onderzochte toetsingsaspect kan de concessiehouder maximaal 1,5 van de 10 punten behalen.

2.7.2 Te stellen eisen aan de onderzochte toetsingsaspecten

Concessiehouders moeten zich inspannen om zorg binnen de financiële contracteerruimte te contracteren. Zij moeten hierbij een deel van het regiobudget vrijspelen voor selectieve gunning of voor effecten van cliëntkeuzen, om zorgaanbieders tot optimale prestaties aan te zetten.

2.7.3 Vergelijking met voorgaande jaren

Omdat over 2012 slechts één toetsingsaspect is onderzocht, is vergelijking met 2009, het laatste jaar waarin deze prestatie-indicator integraal beoordeeld is, niet mogelijk.

2.7.4 Verbeterpunten

Alle concessiehouders voldeden volledig aan dit toetsingsaspect.

2.7.5 Analyse

Concessiehouders spannen zich in het algemeen voldoende in om een deel van de regionale contracteerruimte vrij te spelen voor selectieve gunning of voor effecten van cliëntkeuzen, om zorgaanbieders tot optimale prestaties aan te zetten.

Ook is dit een voorwaarde voor het contracteren van nieuw, innovatief zorgaanbod bij nieuwe en bestaande zorgaanbieders, dat aansluit bij de veranderende cliëntwensen en cliëntkeuzen.

2.7.6 Vervolgacties

Er zijn geen vervolgacties nodig.

2.8 Prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening

2.8.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2012 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening.¹⁶

Tabel 2.9. Scores 2012 per concessiehouder op Innovatie en kwaliteit zorgverlening

Zorginkoop en contractering	Wegingsfactor 2012	Totaal aantal zorgkantoren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren		32	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
Innovatie en kwaliteit	2		V	V	G	G	G	G	G	G	G	G	G

Bron: NZa

Legenda: Het oordeel 'goed' is aangegeven met de kleur groen, het oordeel 'voldoende' met een oranje kleur en een rode kleur is toegekend aan het oordeel 'onvoldoende'. Een score goed hoeft niet te betekenen dat een concessiehouder volledig aan alle beoordelingsaspecten heeft voldaan.

2.8.2 Te stellen eisen

Het is van belang dat concessiehouders streven naar samenhangende zorg voor mensen met dementie en voor hun naasten. De concessiehouder werkt hierbij samen met zorgaanbieders, cliëntverenigingen, gemeenten en zorgverzekeraars.

Concessiehouders moeten in hun contracteerbeleid de zorgaanbieder stimuleren tot verbeteringen in hun dienstverlening in samenspraak met cliënten. Relevant is verder de integrale aanpak van kwaliteit, op basis van de toepassing van een landelijk kwaliteitskader, dat per sector sterk in beweging is. Het meten van de uitkomsten, overleg hierover met de zorgaanbieder en hem hierop ook afrekenen, horen hier bij. De concessiehouder ziet er op toe dat de zorgaanbieder een kwaliteitsstelsel toepast en bespreekt met hem tijdig eventuele bevindingen van de IGZ.

De concessiehouder moet bijdragen aan een op de hulpvraag afgestemd aanbod voor maatschappelijke opvang en preventie. Daar waar mogelijk

¹⁶ De NZa hanteert hierbij per indicator het oordeel goed, voldoende of onvoldoende: de oordelen worden vertaald in 2, 1 of 0 punten. Door de totaalscore per prestatie-indicator (2, 1 of 0 punten) te vermenigvuldigen met de wegingsfactor 2 wordt de totaalscore van deze prestatie-indicator berekend.

stimuleert hij een integrale aanpak waarbij hij samenwerkt met de (centrum)gemeenten en de betreffende aanbieders GGZ. Een belangrijke uitkomst hiervan kan zijn een gezamenlijke trajectplanning en coördinatie voor de betreffende cliënt, en één casemanager.

Belangrijke thema's in de GGZ zijn in 2012 de herstel-ondersteunende zorg, inschakeling van het primaire sociale netwerk van de cliënt, de inzet van ervaringsdeskundigen bij de zorg door zorgaanbieders, het beperken van de noodzaak tot dwang en drang en het gebruik van de crisiskaart door cliënt en zorgaanbieder. De concessiehouder dient deze vernieuwingen te ondersteunen.

2.8.3 Vergelijking met voorgaande jaren

De NZa constateert dat de uitvoering van Innovatie en kwaliteit zorgverlening in 2012 ten opzichte van 2010 gelijk gebleven is (zie tabel 2.10). Over 2011 is deze prestatie-indicator niet beoordeeld. Negen concessiehouders scoren een goed en twee een voldoende. Geen enkele concessiehouder scoorde een onvoldoende.

Tabel 2.10. Resultaatscores concessiehouders 2009, 2010 en 2012: Innovatie en kwaliteit zorgverlening

Zorginkoop en contractering	2012			2010			2009		
	Goed	Vol-doende	Onvol-doende	Goed	Vol-doende	Onvol-doende	Goed	Vol-doende	Onvol-doende
Innovatie en kwaliteit	9	2	-	9	2	0	9	2	0

Bron: NZa

2.8.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- het beter documenteren van de netwerken dementie en van het ontwikkelingsstadium waarin deze zich bevinden (vijf concessiehouders, zeventien zorgkantoren);
- het verder stimuleren van zorgaanbieders tot concrete afspraken met andere organisaties in de (centrum)gemeenten over de gezamenlijke trajectplanning en coördinatie per cliënt in de maatschappelijke opvang (zeven concessiehouders, 23 zorgkantoren);
- het bevorderen van de aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag bijvoorbeeld door scholing van medewerkers om de zelfredzaamheid van cliënten te stimuleren en samenwerking tussen hulpverleners (zes concessiehouders, 21 zorgkantoren);
- het maken van concrete afspraken met centrumgemeenten¹⁷ om de samenhang in de maatschappelijke opvang te bevorderen (vijf concessiehouders, negentien zorgkantoren);
- het stimuleren van innovatie in de maatschappelijke opvang, bijvoorbeeld door de verbetering van signalering, preventie of methodieken (drie concessiehouders, elf zorgkantoren);
- het toetsen van de zorgaanbieder op basis van diens visie of beleidsplan voor de uitvoering van thema's rond cliëntgerichtheid en vernieuwing in de GGZ (vijf concessiehouders, zeventien zorgkantoren).

¹⁷ De gemeenten gaan over het uitvoerend werk in de maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid. In 1994 werden 48 centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang aangewezen en 25 voor de verslavingszorg. Deze gemeenten kregen hiervoor financiële middelen van de overheid. Sinds 2001 zijn er 43 centrumgemeenten die zowel voor de maatschappelijke opvang als de verslavingszorg financieel verantwoordelijk zijn voor hun regio.

2.8.5 Analyse

De NZa concludeert dat de concessiehouders sinds 2010 werk hebben gemaakt van samenhangende zorg voor mensen met dementie en hun naasten. In 2012 zijn in alle regio's dementieketens operationeel. Wel concludeert de NZa dat een aantal concessiehouders de netwerken beter moet documenteren zodat ook de toezichthouder kan beoordelen in welk ontwikkelingsstadium deze zich bevinden.

Uit het onderzoek blijkt dat concessiehouders sinds 2010 vooruitgang hebben geboekt in hun kwaliteitsbeleid. Zij stimuleren de zorgaanbieder tot verbetertrajecten in samenspraak met cliënten, en gaan de follow up ook na. Ook stimuleren zij aantoonbaar een integrale aanpak van kwaliteit, volgen ze de uitkomsten van het landelijk kwaliteitskader en bevindingen van de IGZ, letten ze op de aanwezigheid van een kwaliteitssysteem en overleggen ze hierover met de zorgaanbieder.

Projecten in directe samenwerking met gemeenten komen maar moeizaam tot stand. Concessiehouders schrijven dit onder meer toe aan de diversiteit (omvang) van de betrokken gemeenten en aan de geringe invloed, die zij via hun inkoopbeleid AWBZ hierop kunnen uitoefenen. Zij schetsten dit ook al in het onderzoek over het controlejaar 2010. Dit komt scherp naar voren in de bevindingen van de NZa bij de toetsing aan het nieuwe toetsingsaspect maatschappelijke opvang. Op dit terrein staat samenwerking tussen concessiehouders en gemeenten nog in de kinderschoenen, terwijl de overheveling van psychosociale zorg naar de gemeenten al in 2009 heeft plaatsgevonden. Het verdiepend onderzoek in paragraaf 3.6 gaat hierop verder in.

Concessiehouders hebben in het algemeen voldoende werk gemaakt van vernieuwing in de GGZ-zorg. Het belangrijkste verbeterpunt bij dit nieuwe toetsingsaspect is dat een aantal concessiehouders de zorgaanbieder vooraf moet vragen naar diens eigen visie of beleidsplan voor de uitvoering van de relevante thema's.

2.8.6 Vervolgacties

De NZa zal de opvolging van de verbeterpunten nagaan. De samenwerking met gemeenten blijft een aandachtspunt, maar is voor de NZa moeilijk te beoordelen, wegens de diversiteit van de betrokken gemeenten. Afwezigheid van voldoende samenwerking is nog moeilijker vast te stellen, evenals de impact hiervan. De NZa verwacht van concessiehouders dat zij de verbeterpunten realiseren in 2014 en in het inkoopbeleid 2014.

2.8.7 Best practices Innovatie en kwaliteit zorgverlening

In deze paragraaf benoemt de NZa best practices met betrekking tot het functioneren van concessiehouders op de prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening.

Concessiehouder OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. is als best practice aangemerkt bij de uitvoering van deze prestatie-indicator. Hij voldoet volledig aan alle toetsingsaspecten.

2.9 Prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

2.9.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2012 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura.¹⁸

Tabel 2.11. Scores 2012 per concessiehouder Administratie Zorg in natura

Moderne administratieve organisatie	Wegingsfactor 2012	Totaal aantal zorgkantoren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren		32	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
Administratie ZIN	4		V	V	G	G	G	G	V	G	G	G	G

Bron: NZa

Legenda: Het oordeel 'goed' is aangegeven met de kleur groen, het oordeel 'voldoende' met een oranje kleur en een rode kleur is toegekend aan het oordeel 'onvoldoende'. Een score goed hoeft niet te betekenen dat een concessiehouder volledig aan alle beoordelingsaspecten heeft voldaan.

2.9.2 Te stellen eisen

Concessiehouders moeten op grond van de *Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars* in de overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder vastleggen dat het indienen van de productiemonitor per declaratieperiode gebeurt. Daarnaast moeten concessiehouders de bevoorschotting aanpassen aan de gerealiseerde productie en de nacalculatieformulieren tijdig bij de NZa indienen. Nieuw toegelaten extramurale zorgaanbieders moeten steeds worden gefinancierd op basis van de gerealiseerde productie.

Concessiehouders dienen de declaratie op cliëntniveau in 2012 voort te zetten conform de *Regeling declaratie AWBZ-zorg CA/NR 300.008*: bewaking van een tijdige en juiste declaratie door alle zorgaanbieders en het uitvoeren van formele controles op de ingediende declaraties.

Concessiehouders moeten in 2012 de voorbereidingen treffen voor de overgang van de bevoorschotting op basis van productieafspraken en productiemonitor naar bevoorschotting op basis van de declaratie op cliëntniveau. Concessiehouders ondernemen in 2012 actie om de zorgaanbieders hierop voor te bereiden en bespreekt de voortgang hiervan aan de hand van een gedegen rapportage met het management.

De concessiehouders moeten via het berichtenverkeer AZR tijdig informatie verstrekken aan het CAK over wijzigingen in intramurale zorg per cliënt, in verband met de vaststelling van de eigen bijdragen.

¹⁸ De NZa hanteert hierbij per indicator het oordeel goed, voldoende of onvoldoende: de oordelen worden vertaald in 2, 1 of 0 punten. Door de totaalscore per prestatie-indicator (2, 1 of 0 punten) te vermenigvuldigen met de wegingsfactor 4 wordt de totaalscore van deze prestatie-indicator berekend.

2.9.3 Vergelijking met voorgaande jaren

De NZa constateert dat de uitvoering van Administratie op verzekerden-niveau voor zorg in natura in 2012 ten opzichte van 2010 minder goed is (zie tabel 2.12). Over 2011 is deze prestatie-indicator niet integraal beoordeeld. Acht concessiehouders scoren een goed en drie een voldoende. Geen enkele concessiehouder scoorde een onvoldoende.

Tabel 2.12. Resultaatscores concessiehouders 2009, 2010 en 2012: administratie op verzekerden-niveau voor ZIN

Moderne administratieve organisatie	2012			2010			2009		
	Goed	Vol- doende	Onvol- doende	Goed	Vol- doende	Onvol- doende	Goed	Vol- doende	Onvol- doende
Administratie ZIN	8	3	0	10	1	0	10	1	0

Bron: NZa

2.9.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- het in de overeenkomst met zorgaanbieders expliciet afspraken maken over de bevoorschotting, en de relatie met de werkelijke productie en de declaratie op cliëntniveau (zeven concessiehouders, twintig zorgkantoren);
- het verder ondersteunen van het declareren op cliëntniveau van zorg gebaseerd op BJZ-indicaties (negen concessiehouders, 27 zorgkantoren);
- het opstellen van een periodieke managementrapportage over de voortgang van de declaratie op cliëntniveau waaruit minimaal blijkt: de volledigheid van de declaratie van AW319 ten opzichte van productieafspraken of productiemonitor en de mate waarin zorgaanbieders het declaratiebestand AW319 tijdig en juist hebben ingediend, en vervolgacties (negen concessiehouders, 28 zorgkantoren);
- het aantoonbaar zicht hebben op de volledigheid van zorgaanbieders bij de declaratie op cliëntniveau (drie concessiehouders, elf zorgkantoren);
- het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting van alle zorgaanbieders op basis van de gerealiseerde productie. Dit betreft alle concessiehouders.

2.9.5 Analyse

Ook omdat de eisen aan deze prestatie-indicator elk jaar worden aangescherpt, is vergelijking met voorgaande jaren niet goed mogelijk. Alhoewel de concessiehouders in 2012 in het algemeen voldoen aan de eisen die aan de uitvoering van deze prestatie-indicator worden gesteld, zijn er belangrijke aandachtspunten.

De NZa constateert dat in 2012 geen enkele concessiehouder alle zorgaanbieders maandelijks en zonder marges bevoorschot op basis van de realisatie volgens de productieoverzichten. Dit is zorgwekkend, omdat de NZa van zorgkantoren in 2013 niet alleen verlangt om over te gaan op volledige bevoorschotting van de gerealiseerde productie. De NZa verlangt ook dat zorgkantoren zich bij die gerealiseerde productie niet langer baseren op de productieoverzichten, maar op de declaratie op cliëntniveau.

Relevant hierbij is dat de meeste concessiehouders de consequenties van niet tijdige of niet volledige declaratie op cliëntniveau nog niet voldoende in de overeenkomst 2013 met de zorgaanbieders hebben uitgewerkt.

Een belangrijk obstakel voor een volledige declaratie op cliëntniveau vormen de indicaties van BJZ. Het verdiepend onderzoek gaat in paragraaf 3.7 hierop verder in. Ook de concessiehouders zelf zijn hierin partij. Een belangrijke randvoorwaarde is, dat concessiehouders en hun management aantoonbaar zicht hebben op de juistheid en volledigheid van de declaratie per zorgaanbieder, om tijdig en gericht actie te nemen. Veel concessiehouders voldoen hieraan niet.

2.9.6 Vervolgacties

De NZa stelt steeds zwaardere eisen aan de declaratie op cliëntniveau, zodat deze niet alleen juist en tijdig maar ook volledig wordt opgevolgd.

De NZa eist dat vanaf 1 januari 2013 de concessiehouder alle prestaties die op cliëntniveau gedefinieerd zijn, bevoorschot op basis van de declaratie op cliëntniveau, en niet meer op basis van de productie-monitor. Dit is ook belangrijk voor de zorgaanbieder zelf, omdat hiervoor geen alternatieven meer zijn na overheveling van de AWBZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg (Wlz).

De resultaten uit onderzoeksjaar 2012 geven de NZa geen reden om aan te nemen dat concessiehouders in 2013 aan deze eisen zullen voldoen. De NZa zal de betreffende eisen strak toetsen en de opvolging van de verbeterpunten nagaan.

De NZa zal de concessiehouders vragen haar periodiek te informeren over de stand van zaken met betrekking tot het bevoorschotten van zorgaanbieders op basis van de gerealiseerde productie. Dit tot doel concessiehouders aan te zetten tot maandelijks aanpassing van de bevoorschotting.

Declaratie op cliëntniveau blijft voor de zorgverlening op BJZ-indicaties moeilijk. Dit verhoudt zich niet met de Regeling Declaratie AWBZ-zorg, die declaratie op cliëntniveau voorschrijft, ook voor BJZ-geïndiceerde zorg. Concessiehouders zien dit als een probleem dat zij niet zelf kunnen oplossen, en hebben hierop ook al tijdens de onderzoeken over de controlejaren 2010 en 2011 gewezen.

2.9.7 Best practices Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura

Concessiehouder Zorgkantoor DSW B.V. is als best practice aangemerkt bij de uitvoering van deze prestatie-indicator. Hij voldoet vrijwel volledig aan alle toetsingsaspecten.

2.10 Prestatie-indicator Administratie op verzekerdeniveau voor PGB en VPZ

2.10.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de uitkomsten van 2012 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Administratie op verzekerdeniveau voor PGB en VPZ, vallend onder prestatievelde 3: Moderne administratieve organisatie.

Tabel 2.13. Scores 2012 per concessiehouder Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en VPZ

Moderne administratieve organisatie	Wegingsfactor 2012	Totaal aantal zorgkantoren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren		32	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en VPZ	2		G	G	V	G	G	V	V	V	V	V	G

Bron: NZa

Legenda: Het oordeel 'goed' is aangegeven met de kleur groen, het oordeel 'voldoende' met een oranje kleur en een rode kleur is toegekend aan het oordeel 'onvoldoende'. Een score goed hoeft niet te betekenen dat een concessiehouder volledig aan alle beoordelingsaspecten heeft voldaan.

2.10.2 Te stellen eisen aan de onderzochte toetsingsaspecten

Bij de aanvraag van een PGB verricht de concessiehouder een aantal controles. Deze controles zijn erop gericht om correcties bij de globale en intensieve controle zoveel mogelijk te voorkomen.

Concessiehouders moeten de globale en intensieve controles¹⁹ op de besteding van PGB's tijdig en adequaat uitvoeren.

Vanaf 1 januari 2010 moeten de concessiehouders de controles op het PGB uitvoeren conform het Controleprotocol PGB-AWBZ van het CVZ. Hierin zijn onder andere bepalingen opgenomen die meer inhouden dan alleen administratieve controles. Het Controleprotocol PGB-AWBZ voorziet in moderne controletechnieken en schrijft ook voor dat bij vermoeden van misbruik ook onderzoek - materiële controle - wordt ingesteld bij budgethouder, zorgaanbieder en bemiddelingsbureau.

De intensieve controles moeten plaatsvinden op risicoanalyse gebaseerde aanpak. Daarnaast dient de concessiehouder een controleplan op te stellen, waarin de betreffende risico's worden geïdentificeerd. Daarnaast dient er een correcte administratie op verzekerdenniveau aanwezig te zijn, waarin aandacht is besteed aan screening bij het vaststellen en toekennen van voorlopige budgetten, de juistheid van het bruto-budget, de berekening van eigen bijdragen en de tijdige afrekening van de jaarsubsidie met het CVZ.

2.10.3 Vergelijking met voorgaande jaren

De NZa constateert dat de uitvoering van Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en VPZ in 2012 ten opzichte van 2010 iets is teruggelopen (zie tabel 2.14).

¹⁹ Bij de globale controle controleert het zorgkantoor per verantwoordingsperiode de uitgaven die de budgethouder heeft verantwoord zonder dat bewijsstukken worden overgelegd. Bij de intensieve controle gaat het zorgkantoor de volgende punten na: 1) is zorglevering binnen het PGB-domein? 2) zijn er getekende zorgovereenkomsten aanwezig? 3) de feitelijke aanwezigheid van declaraties/facturen/loonstroken en de overeenstemming van deze documenten met de verantwoordingsformulieren (zie artikel 6.3 van het *Uitvoeringsprotocol Regeling Persoonsgebonden budget AWBZ 2010*).

Over 2011 is deze prestatie-indicator niet beoordeeld. In 2012 scoren vijf concessiehouders scoren een goed en zes een voldoende. Geen enkele concessiehouder scoorde een onvoldoende.

Tabel 2.14. Resultaatscores concessiehouders 2009, 2010 en 2012: Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en VPZ

Moderne administratieve organisatie	2012			2010			2009		
	Goed	Vol- doende	Onvol- doende	Goed	Vol- doende	Onvol- doende	Goed	Vol- doende	Onvol- doende
Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en VPZ	5	6	0	6	5	0	4	7	0

Bron: NZa

2.10.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten bij de Prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor PGB en VPZ zijn:

- het (geautomatiseerd) juist berekenen van de (voorlopige) eigen bijdrage op basis van de opgevraagde inkomensgegevens van de budgethouders (drie concessiehouders, negen zorgkantoren);
- het uitvoeren van bestandsanalyses op de gehele populatie PGB-houders en/of de verbetering van deze analyses (negen concessiehouders, 30 zorgkantoren);
- het borgen van de risico's, zoals geïdentificeerd in de risicoanalyse, in het gehele PGB-proces (drie concessiehouders, tien zorgkantoren);
- het bij uitvoering van de intensieve controle hanteren van een (juiste en actuele) risicoanalyse (twee concessiehouders, vier zorgkantoren);
- het tijdig uitvoeren van de intensieve controles (drie concessiehouders, zeven zorgkantoren);
- het tijdig en/of de juiste vervolgacties koppelen aan de bevindingen uit de intensieve controles (drie concessiehouders, tien zorgkantoren);
- het beter invulling geven aan de uitvoering van de globale controles; (vijf concessiehouders, dertien zorgkantoren);
- het zichtbaar vastleggen van de globale controles (drie concessiehouders, tien zorgkantoren).

2.10.5 Analyse

De NZa heeft in het onderzoek over 2011 niet de volledige prestatie-indicator onderzocht. Uit het onderzoek over 2012 blijkt dat de concessiehouders de geformuleerde verbeterpunten uit 2011 voldoende hebben opgevolgd. Dit betreffen echter verbeterpunten van een beperkte analyse in 2011.

In 2012 is de gehele prestatie-indicator beoordeeld en zijn de processen nader geanalyseerd. Hierbij zijn naast de reguliere prestatie-meting verdiepende vragen gesteld over de uitgevoerde extra controlemaatregelen door de concessiehouder, het gebruik van het budgetplan en de aanpak van misbruik en oneigenlijk gebruik (zie ook de prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik). Verder is aandacht besteed aan de kostenmutatie PGB en de openstaande saldi PGB.

De uitkomsten van dit verdiepend onderzoek en een nadere analyse van deze prestatie-meting zijn opgenomen in het rapport Thematisch onderzoek Persoonsgebonden budget (PGB).

2.10.6 Vervolgacties

De NZa zal de verbeterpunten prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor PGB blijven volgen en betrekken in haar verdiepend onderzoek PGB. De NZa verwacht van concessiehouders dat zij de verbeterpunten realiseren in 2014.

Het verdiepend onderzoek zal in 2014 worden gecontinueerd. Naast de actuele ontwikkelingen, zoals trekkingsrechten en huisbezoeken, zal de NZa hierin aandacht besteden aan de interne beheersing van het PGB-proces.

2.10.7 Best practices Administratie op verzekerdenniveau: PGB en VPZ

Concessiehouder Zorgkantoor DSW B.V. is als best practice aangemerkt bij de uitvoering van deze prestatie-indicator. Hij voldoet volledig aan alle toetsingsaspecten.

Concessiehouder OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. is als best practice aangemerkt bij de uitvoering van de intensieve controles (toetsingsaspect C.4). Hij hanteert een gedegen risicoanalyse voor de selectie van verantwoordingsformulieren, inclusief een controleplan voor het PGB. De risicoanalyse benoemt de aanwezige risico's binnen het PGB-proces nauwkeurig. De concessiehouder past ieder jaar de risicoanalyse aan op basis van de opgedane ervaringen uit het jaar ervoor. Hij volgt hiermee niet alleen de verplichte werkzaamheden in het kader van de regeling AWBZ-PGB, maar reageert ook op de actuele ontwikkelingen uit de praktijk.

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A heeft ook een uitgebreide rapportage opgesteld waarin de intensieve controlewerkzaamheden zijn toegelicht. De concessiehouder heeft 9% van de totale budgethouders intensief gecontroleerd. Alle bevindingen zijn inzichtelijk (gekwantificeerd) opgenomen in de rapportage.

2.11 Prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening

2.11.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2012 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening.²⁰

Tabel 2.15. Scores 2012 per concessiehouder op Monitoring continuïteit zorgverlening

Moderne administratieve organisatie	Wegingsfactor 2012	Totaal aantal zorgkantoren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren		32	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
Monitoring continuïteit	1		G	G	V	G	G	V	V	V	V	V	G

Bron: NZa

Legenda: Het oordeel 'goed' is aangegeven met de kleur groen, het oordeel 'voldoende' met een oranje kleur en een rode kleur is toegekend aan het oordeel 'onvoldoende'. Een score goed hoeft niet te betekenen dat een concessiehouder volledig aan alle beoordelingsaspecten heeft voldaan.

2.11.2 Te stellen eisen

De concessiehouder moet in de individuele overeenkomst met de zorgaanbieder opnemen dat deze hem op de hoogte stelt van situaties waarin de continuïteit van zorg in gevaar is.

Ook hanteert de concessiehouder een 'early warningsysteem' (EWS) dat hij op basis van de jaarrekeningen van alle gecontracteerde zorgaanbieders vult met financiële kengetallen, die hij ook zelf kan ontwikkelen. Hiermee ziet hij per zorgaanbieder een ontwikkeling in de tijd en komt hij tot nadere analyses. Hierbij besteedt hij specifieke aandacht aan zorgaanbieders die recent zijn gefuseerd, en /of waarbij tussentijdse bestuurswisselingen zijn geweest, en aan nieuwe zorgaanbieders.

Als de uitkomsten van het EWS dit nodig maken, kan de concessiehouder het periodiek overleg gebruiken om ontwikkelingen bij zorgaanbieders te signaleren die de zorgcontinuïteit in gevaar kunnen brengen.

De concessiehouder moet over een standaard draaiboek (stappenplan) beschikken waarin is opgenomen welke mogelijkheden worden onderzocht om continuïteit van zorg te borgen. Het duidelijk beschrijven van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de betrokken medewerkers is hierbij van belang. Hiermee wordt aangesloten bij de Beleidsregel Steunverlening (AL/BR-0002). In het draaiboek is ook een actieplan opgenomen om de zorgplicht jegens cliënten te garanderen, als een zorgaanbieder in acute problemen komt.

²⁰ De NZa hanteert hierbij per indicator het oordeel goed, voldoende of onvoldoende: de oordelen worden vertaald in 2, 1 of 0 punten. Door de totaalscore per prestatie-indicator (2, 1 of 0 punten) te vermenigvuldigen met de wegingsfactor 1 wordt de totaalscore van deze prestatie-indicator berekend.

De concessiehouder besteedt in het standaard draaiboek (stappenplan) specifieke aandacht aan het opstellen van een 'plan B', dat in werking treedt als een instelling acuut in problemen komt.

Concessiehouders moeten de risico's die samenhangen met uitbesteding van zorg aan andere zorginstellingen of zelfstandigen zonder personeel, in voldoende mate monitoren.

2.11.3 Vergelijking met voorgaande jaren

De NZa constateert dat de uitvoering van de monitoring van continuïteit van zorgverlening in 2012 ten opzichte van 2009 gedaald is (zie tabel 2.16). Over 2011 en 2010 is deze prestatie-indicator niet beoordeeld. Vijf concessiehouders scoren een goed, zes een voldoende. In 2009 scoorden nog negen concessiehouders een goed en twee een voldoende.

Tabel 2.16. Resultaatscores concessiehouders 2009 en 2011: Monitoring continuïteit zorgverlening

Moderne administratieve organisatie	2012			2009		
	Goed	Vol- doende	Onvol- doende	Goed	Vol- doende	Onvol- doende
Monitoring continuïteit	5	6	0	9	2	0

Bron: NZa

2.11.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- het waarborgen van een tijdige, juiste en volledige verwerking van de jaarrekeningen in het EWS (drie concessiehouders, dertien zorgkantoren);
- het treffen van voldoende maatregelen om een betrouwbare uitkomst van het EWS te waarborgen, in een totaaloordeel per zorgaanbieder (drie concessiehouders, elf zorgkantoren);
- het aantoonbaar uitvoeren van de vervolgacties bij 'oranje' en 'rode' risico's (vijf concessiehouders, vijftien zorgkantoren);
- het (beter) gebruik maken van het periodiek overleg om alle relevante continuïteitsrisico's in een vroeg stadium te signaleren, waaronder de vastgoedpositie en het declaratiegedrag (vier concessiehouders, zeventien zorgkantoren);
- het verbeteren van het standaard draaiboek, met voldoende uitwerking van onder meer de voorbereidende acties, continuïteitsproblemen, en / of de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor het opstellen van het noodplan (drie concessiehouders, negen zorgkantoren);
- het maken van afspraken met de zorgaanbieder en structureel monitoren van de naleving hiervan over de borging van de kwaliteit, rechtmatigheid en doelmatigheid bij uitbesteding van zorg (vier concessiehouders, negen zorgkantoren);
- het verbinden van consequenties aan de niet-naleving van de afspraken door de zorgaanbieder over de borging van de kwaliteit, rechtmatigheid en doelmatigheid bij uitbesteding van zorg (drie concessiehouders, zeven zorgkantoren);
- het management beter informeren met behulp van management-rapportages (acht concessiehouders, 21 zorgkantoren).

2.11.5 Analyse

In het onderzoek over 2009 constateerde de NZa dat de concessiehouders de monitoring continuïteit zorgverlening in het algemeen goed uitvoerden. De NZa heeft daarom in het onderzoek over 2010 deze prestatie-indicator niet onderzocht, en zich in 2011 beperkt tot die onderdelen, waarop volgens het onderzoek over 2009 veel verbetering mogelijk was.

Concessiehouders bleken in 2011 de naleving van de afspraken door de zorgaanbieders bij uitbesteding van zorg over kwaliteit, rechtmatigheid en doelmatigheid nog niet voldoende te volgen. Ook constateerde de NZa dat veel concessiehouders hun onderzoekaankpak bij signalen nog steeds onvoldoende uitwerken in een geactualiseerd draaiboek.

In het onderzoek over 2012 concludeert de NZa dat de verbeterpunten uit 2009 en 2011 onverminderd aandacht behoeven. Vier concessiehouders volgen de naleving van afspraken door zorgaanbieders bij uitbesteding nog steeds onvoldoende en / of verbinden onvoldoende consequenties aan de niet-naleving. Verder moeten enkele concessiehouders hun draaiboek op punten beter uitwerken.

Het EWS verdient bij vier concessiehouders nog verbetering. Het betreft het borgen van de tijdige, juiste en volledige verwerking van de jaarrekeningen en / of een betrouwbare en inzichtelijke uitkomst per zorgaanbieder. Vijf concessiehouders konden de vervolgacties onvoldoende aantonen.

Ook het management moet beter worden geïnformeerd aan de hand van een inzichtelijke managementrapportage. De meeste concessiehouders voldoen in 2012 hieraan niet.

2.11.6 Vervolgacties

De NZa zal de verbeterpunten voor het stappenplan en de monitoring van uitbesteding van zorg blijven volgen. Het uitblijven van substantiële vooruitgang op de belangrijkste verbeterpunten uit 2009 en 2011 vraagt extra aandacht van de NZa. De NZa vindt het belangrijk dat de concessiehouder voldoende grip heeft op de continuïteit van de zorgverlening. De ontwikkelingen geven daartoe alle aanleiding. De NZa verwacht van concessiehouders dat zij de verbeterpunten realiseren in 2014.

In de eerste plaats is de concessiehouder te allen tijde zelf verantwoordelijk voor de vervulling van zijn zorgplicht. Uitsluitend in extreme gevallen kan hij zich – mits tijdig en gefundeerd - bij de NZa beroepen op overmacht (zie beleidsregel Overmacht continuïteit van zorg TH/BR-008). Belangrijke voorwaarde daarbij is dat de concessiehouder al het mogelijke heeft gedaan om zelfstandig zijn zorgplicht te vervullen. Hij kan zich vanaf 1 januari 2013 niet langer beroepen op het steunverlening van de NZa die op de specifieke zorgaanbieder was gericht.

In de tweede plaats kunnen de overheveling van extramurale zorg naar gemeenten en zorgverzekeraars en de extramuralisering van de lagere zorgzwaartepakketten de continuïteit van zorg sterk beïnvloeden. Het verdiepend onderzoek in paragraaf 3.8 gaat hierop verder in.

2.11.7 Best practices Monitoring continuïteit zorgverlening

In deze paragraaf benoemt de NZa best practices met betrekking tot het functioneren van concessiehouders op de prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening.

Concessiehouder Zorgkantoor Friesland B.V. is als best practice aangemerkt bij de uitvoering van deze prestatie-indicator. Hij voldoet volledig aan alle toetsingsaspecten.

2.12 Prestatie-indicator Materiële controle

2.12.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2012 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Materiële controle.

Tabel 2.17. Scores 2012 per concessiehouder op Materiële controle

Moderne administratieve organisatie	Wegingsfactor 2012	Totaal aantal zorgkantoren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren		32	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
Materiële controle	2		O	O	G	G	G	V	V	V	V	V	G

Bron: NZa

Legenda: Het oordeel 'goed' is aangegeven met de kleur groen, het oordeel 'voldoende' met een oranje kleur en een rode kleur is toegekend aan het oordeel 'onvoldoende'. Een score goed hoeft niet te betekenen dat een concessiehouder volledig aan alle beoordelingsaspecten heeft voldaan.

2.12.2 Te stellen eisen

Concessiehouders moeten op grond van de NZa Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars (VA/NR-100.048) materiële controles uitvoeren. De NZa heeft de beoordeling van het proces materiële controles getoetst op de onderdelen organisatie, opzet via plan van aanpak en risicoanalyse, uitvoering en managementinformatie. De materiële controles moeten plaatsvinden volgens een op risicoanalyse gebaseerd plan van aanpak voor materiële controles. De controleteams moeten voorzien zijn van voldoende medische deskundigheid. De materiële controles moeten zich richten op de vraag of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd, of aan de geleverde zorg een indicatiebesluit ten grondslag ligt en of de geleverde zorg voor de verzekerde, gelet op het indicatiebesluit, passend is. De concessiehouders moeten vervolgcacties instellen indien sprake is van ondoelmatige of onrechtmatige zorg.

Van belang voor deze prestatie-indicator is de wijziging van regelgeving in de vorm van de Regeling Persoonsgegevens Zorgverzekeraars AWBZ en de Regeling Zorgverzekering. Over 2012 is expliciet beoordeeld op welke wijze de concessiehouders invulling geven aan hetgeen voor de materiële controle in beide regelingen is opgenomen.

Relevant zijn vooral de bepalingen van de artikelen 7.2 tot en met 7.9 van de Regeling Zorgverzekering (Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 juni 2010, Z/M-3009481, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering met het oog op materiële controle door zorgverzekeraar).

2.12.3 Vergelijking met voorgaande jaren

De NZa constateert dat de uitvoering van de Materiële controle in 2012 ten opzichte van 2011 gemeten in aantal concessiehouders op hetzelfde niveau is gebleven (zie tabel 2.18). Vier concessiehouders scoren een goed, vijf een voldoende en twee een onvoldoende. In 2011 was sprake van dezelfde score. De NZa merkt op dat bij alle vijf concessiehouders die een voldoende hebben gescoord sprake is van een nipte voldoende. Gemeten in aantallen zorgkantoren is echter sprake van een verslechtering van de uitvoering van de materiële controle. In 2012 hebben tien zorgkantoren een onvoldoende gekregen voor de uitvoering van de materiële controle, tegen vier zorgkantoren in 2011. In 2010 is dit proces niet beoordeeld.

Tabel 2.18. Resultaatscores concessiehouders 2009, 2011 en 2012: Materiële controle

Moderne administratieve organisatie	2012			2011			2009		
	Goed	Vol- doende	Onvol- doende	Goed	Vol- doende	Onvol- doende	Goed	Vol- doende	Onvol- doende
Materiële controle	4	5	2	4	5	2	10	1	0

Bron: NZa

2.12.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten zijn:

Organisatie

Bij acht concessiehouders (27 zorgkantoren) is niet de volledige score toegekend voor de organisatie van de materiële controles. De belangrijkste verbeterpunten in de organisatie van de materiële controle zijn:

- het verhogen van de capaciteit voor de materiële controle (acht concessiehouders, 27 zorgkantoren);
- het betrekken van de coördinator fraudebestrijding bij de controle-opzet (drie concessiehouders, elf zorgkantoren).

Plan van aanpak en risicoanalyse

Bij de beoordeling van het plan van aanpak en de risicoanalyse zijn de volgende verbeterpunten geconstateerd (negen concessiehouders, 28 zorgkantoren):

- het verbeteren van het (algemeen) controleplan en het bepalen van het controledoel overeenkomstig de Regeling zorgverzekering en het openbaar maken hiervan (acht concessiehouders, 25 zorgkantoren);
- het uitbreiden van de risicoanalyse, het beter onderscheid maken naar algemene en specifieke risicoanalyse voor de onderbouwing van selectie van zorgaanbieders voor de detailcontroles (vier concessiehouders, elf zorgkantoren);
- het tijdig communiceren met de fraudecoördinator van de bevindingen uit de materiële controle (drie concessiehouders, zeven zorgkantoren).

Uitvoering

Bij negen concessiehouders (29 zorgkantoren) is de uitvoering van de materiële controles voor verbetering vatbaar. De belangrijkste verbeterpunten in de uitvoering van de materiële controles zijn:

- het volledig en tijdig uitvoeren van de opgestelde controleplannen (zeven concessiehouders, 21 zorgkantoren);
- het uitbreiden c.q. verbreden van het onderzoek totdat de risico's in voldoende mate zijn gemitigeerd (drie concessiehouders, dertien zorgkantoren);
- het inzetten van de controlemiddelen bestandsanalyses, datamining en enquêtes (zes concessiehouders, 23 zorgkantoren);
- het uitbreiden van de detailcontroles (twee concessiehouders, drie zorgkantoren);
- het verbinden van consequenties aan de geconstateerde tekortkomingen uit de controles (zes concessiehouders, twintig zorgkantoren).

Managementinformatie

Bij vier concessiehouders (dertien zorgkantoren) vormt de managementinformatie een verbeterpunt. Het betreft hierbij vooral het aantoonbaar periodiek schriftelijk informeren van het management over de opzet, voortgang en resultaten uit de materiële controles.

2.12.5 Analyse

Zowel in de organisatie als in de uitvoering van de materiële controles zijn bij veel concessiehouders tekortkomingen geconstateerd. Voor de omvang van de teams voor de materiële controles zijn geen normen gesteld. De NZa constateert, evenals het vorige onderzoek, dat bij enkele concessiehouders de uitvoering van de materiële controles een neventaak is, waarbij prioriteit is gegeven aan andere taken. Hierbij heeft een tekortkoming in de organisatie ook gevolgen voor de uitvoering van de materiële controles.

Voor de materiële controle wordt gebruik gemaakt van risicoanalyse. Deze risicoanalyse is veelal zo opgezet dat op basis van een aantal parameters per zorgaanbieder een beeld wordt gevormd over de noodzaak tot uitvoeren van materiële controles bij de zorgaanbieders. De inzet van moderne controlemiddelen zoals data-analyse en datamining is nog beperkt en moet door de ontwikkelingen rondom het declareren op cliëntniveau verder worden uitgebreid. Ook het inzetten van het controlemiddel enquêtes wordt in beperkte mate toegepast.

Een belangrijk aandachtspunt blijft dat een deel van de concessiehouders niet of nauwelijks overgaat tot financiële vervolgacties als de bevindingen van de concessiehouder over de betreffende zorgaanbieder daartoe aanleiding geven. Deze concessiehouders vragen wel om verbeterplannen of selecteren de zorgaanbieder opnieuw voor een controle in het daarop volgende jaar. Door het niet instellen van financiële correcties blijft een belangrijk instrument voor het terugdringen en voorkómen van onregelmatigheden onbenut. Ook rapporteren veel concessiehouders onvoldoende over hun beleid ten aanzien van vervolgacties.

De NZa heeft op basis van de onderzoeksresultaten over 2011 aan twee concessiehouders met in totaal vier zorgkantoren een informatieverzoek gedaan. Deze concessiehouders hebben een verbeterplan ingediend om de materiële controles naar een hoger niveau te tillen. De NZa constateert dat bij deze concessiehouders procedureel een goede opvolging is gegeven aan de geconstateerde verbeterpunten.

De daadwerkelijke realisatie van de verbeterpunten wordt beoordeeld in de prestatiemeting over 2013, omdat de maatregelen voor een betere opzet en uitvoering van de materiële controles in 2013 zijn gestart.

2.12.6 Vervolgactie

Het opvolgen van de geconstateerde verbeterpunten ziet de NZa als een voorwaarde voor het uitvoeren van dit proces op een kwalitatief voldoende niveau. Mede gezien het belang voor de rechtmatige besteding van AWBZ middelen en het feit dat twee concessiehouders een onvoldoende hebben gescoord, zal de NZa de uitvoering van de materiële controle nauwlettend blijven volgen.

De NZa verwacht van concessiehouders dat zij de verbeterpunten realiseren in 2014.

De NZa zal bij de betreffende concessiehouders die voor deze prestatie-indicator in 2012 een onvoldoende scoorden maatregelen treffen. Daarnaast zal de NZa in het voorjaar van 2014 tussentijds onderzoek doen naar de voortgang van de verbeteracties. Dit tot doel de uitvoering van deze prestatie-indicator te verbeteren.

2.12.7 Best practices Materiële controle

Concessiehouder Zorgkantoor Friesland B.V. heeft bij de prestatiemeting op het onderdeel materiële controle de hoogste score gerealiseerd.

2.13 Prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik

2.13.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2012 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik.

Tabel 2.19. Scores 2012 per concessiehouder op Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik

Moderne administratieve organisatie	Wegingsfactor 2012	Totaal aantal zorgkantoren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren		32	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik	2		O	O	G	G	G	O	O	V	V	V	G

Bron: NZa

Legenda: Het oordeel 'goed' is aangegeven met de kleur groen, het oordeel 'voldoende' met een oranje kleur en een rode kleur is toegekend aan het oordeel 'onvoldoende'. Een score goed hoeft niet te betekenen dat een concessiehouder volledig aan alle beoordelingsaspecten heeft voldaan.

2.13.2 Te stellen eisen

Van misbruik, zorgfraude, is sprake bij bewust handelen of nalaten in strijd met wet en regelgeving en/of opzettelijk niet tijdig, onjuist of onvolledig verstrekken van gegevens, met het doel:

- ten onrechte uitgaven voor verstrekkingen – daaronder begrepen verstrekkingen in zorg in natura en/of uitgaven voor beheer – ten laste te brengen van particuliere en publieke middelen die bestemd zijn voor de zorg en/of
- minder te betalen ten bate van die middelen of extra inkomsten uit die middelen te ontvangen.

Bij oneigenlijk gebruik is er sprake van handelen binnen de wet- en regelgeving, maar niet in lijn met de doelstellingen van die wet- en regelgeving. Dit heet ook wel handelen naar de 'letter' van de wet, maar niet naar de 'geest' daarvan.

De concessiehouder moet een adequate organisatie hebben voor de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ. Hij moet beschikken over een actueel plan van aanpak dat gericht is op de bestrijding van zorgfraude in de AWBZ.

In de beoordeling over 2012 zijn de ontwikkelingen meegenomen bij het Verbond van Verzekeraars in de vorm van het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en het Protocol Aanpak Verzekeringsfraude, evenals de ontwikkelingen bij ZN met de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Gedragscode Goed Zorgverzekerschap en het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële instellingen.

2.13.3 Vergelijking met voorgaande jaren

De NZa constateert dat de uitvoering van de Bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in 2012 ten opzichte van 2011 verslechterd is (zie tabel 2.14). Vier concessiehouders scoren een goed, drie een voldoende en vier een onvoldoende. Bij de drie concessiehouders die een voldoende hebben behaald is overigens sprake van een nipte voldoende. De vier concessiehouders met een onvoldoende vertegenwoordigen samen bijna de helft van de verzekerdenpopulatie.

In 2011 scoorden drie concessiehouders een goed, zeven een voldoende en één concessiehouder een onvoldoende.

Tabel 2.20. Resultaatscores concessiehouders 2009, 2010 en 2012: Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik

Moderne administratieve organisatie	2012			2011			2009		
	Goed	Vol- doende	Onvol- doende	Goed	Vol- doende	Onvol- doende	Goed	Vol- doende	Onvol- doende
Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik	4	3	4	3	7	1	8	3	0

Bron: NZa

2.13.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten zijn:

Organisatie en plan van aanpak

De belangrijkste verbeterpunten in de belegging van de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de organisatie en de algemene aanpak van de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik zijn:

- het optimaliseren van de inzet van de coördinator fraudebestrijding en/of het zodanig regelen van de bevoegdheden dat de fraudecoördinator zelfstandig onderzoek kan instellen (drie concessiehouders, zestien zorgkantoren);

- het verhogen van de capaciteit dan wel het op een hoger niveau brengen van de organisatie (twee concessiehouders, vier zorgkantoren);
- het opstellen of actualiseren van een plan van aanpak voor bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik en het nader concretiseren van het fraudebeleid (zeven concessiehouders, twintig zorgkantoren);
- het onderzoek baseren op risicoanalyse (vijf concessiehouders, twintig zorgkantoren);
- het zodanig inrichten van de organisatie dat fraudesignalen op structurele basis met de fraudecoördinator worden besproken (drie concessiehouders, zeven zorgkantoren).

De belangrijkste verbeterpunten in de uitvoering van de onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik zijn:

- het inzetten van bestands- en systeemvergelijkingen op risicogebieden (twee concessiehouders, tien zorgkantoren);
- het aanscherpen van het geven van voorlichting aan medewerkers van de zorgkantoren (drie concessiehouders, elf zorgkantoren);
- het voldoende aandacht besteden aan vermoedens van intern misbruik of oneigenlijk gebruik (zes concessiehouders, 22 zorgkantoren);
- het voldoende betrekken van de coördinator fraudebestrijding bij de uitkomsten uit de intensieve en materiële controle voor het signaleren van misbruik en oneigenlijk gebruik (zeven concessiehouders, 21 zorgkantoren);
- het stringenter toepassen van één of meer van de volgende maatregelen naar aanleiding van geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik: terugvordering, registratie in IVR en EVR, melding aan het Kenniscentrum Fraudebeheersing (negen concessiehouders, 28 zorgkantoren);
- het verbeteren van de registratie van signalen van zorgfraude (twee concessiehouders, tien zorgkantoren);
- het aantoonbaar afdoen van alle via Zorgverzekeraars Nederland ontvangen signalen (één concessiehouder, zes zorgkantoren);
- het onderzoeken van bevindingen op het terrein van zorg in natura (drie concessiehouders, zeven zorgkantoren);
- het adequaat informeren van het management over de opzet, resultaten en vervolgacties van de onderzoeken (zeven concessiehouders, 21 zorgkantoren).

2.13.5 Analyse

De NZa constateert evenals over 2011 dat er nog veel verbeterpunten zijn in de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. De NZa constateert dat de concessiehouders meer aandacht moeten besteden aan misbruik en oneigenlijk gebruik.

Organisatie

De onderzoeken naar zorgfraude voor de AWBZ zijn belegd bij de zorgverzekeraar. Bij de zorgverzekeraars is een coördinator fraudebestrijding aangesteld die, al dan niet met een team van medewerkers, onderzoeken instelt naar fraudesignalen voor zowel de AWBZ als de Zvw en aanvullende verzekering. De NZa constateert dat de omvang van de afdelingen belast met onderzoek naar zorgfraude een beperkte capaciteit kennen.

Duidelijk is dat het aanbod van risico's en signalen van zorgfraude hoger is, dan met de huidige capaciteit kan worden opgevangen. Het zelfstandig kunnen bepalen op welke risico's of signalen fraudeonderzoek wordt ingesteld is eveneens een verbeterpunt bij meerdere concessiehouders.

De coördinatoren fraudebestrijding krijgen signalen door indien bij intensieve of materiële controle een vermoeden van fraude is vastgesteld. Zij zijn veelal te weinig betrokken bij de evaluatie van de uitkomsten van deze controles.

Aanpak

De planmatige aanpak van zorgfraude is bij veel concessiehouders een verbeterpunt. Het gaat dan om het actualiseren van een eerder opgesteld plan van aanpak, of het meer concretiseren van dit plan. Ook de risicoanalyse voor fraudeonderzoeken vormt een aandachtspunt.

Uitvoering en vervolgacties

Praktijk is dat de onderzoeken worden gebaseerd op ontvangen signalen. Onderzoeken op onderkende risico's zijn nauwelijks aan de orde en hierdoor komt ook het betrekken van frauderisico's in de risicoanalyse voor de materiële en intensieve controle in het gedrang. Ook het inzetten van moderne controlemiddelen zoals datamining is in de AWBZ nog niet aan de orde, mede als gevolg van de wijze van financiering en het nog niet volledig op cliëntniveau declareren. Wel voeren concessiehouders bestandsanalyses of systeemvergelijkingen uit, zoals op samenloop PGB met zorg in natura en het vergelijken van gedeclareerde zorg met verkregen informatie van het CAK over extramurale zorg.

In de AWBZ besteden de concessiehouders veel aandacht aan signalen over PGB-fraude. Hierdoor resteert te weinig aandacht voor andere vormen van zorgfraude: voor zorg in natura en voor de Zvw. Over 2012 is door de concessiehouders voor een bedrag van circa € 2,2 miljoen aan AWBZ-zorgfraude vastgesteld.²¹ Hiervan had circa € 350.000 betrekking op zorg in natura, voor het overige betrof het fraude met het PGB. Een verdere analyse van de fraudecijfers van het Kenniscentrum Fraudebeheersing van Zorgverzekeraars Nederland vindt plaats in het kader van het onderzoek Zorgfraude waarover de NZa separaat zal rapporteren.

Ontwikkelingen

Eind 2011 is door het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland als vervanging van het Fraudeprotocol uit 1998 het protocol Verzekeraars en Criminaliteit opgesteld. Gekoppeld aan dit protocol is door het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland een monitor in de vorm van een self-assessment ontwikkeld. Met deze monitor brengen de verzekeraars, waaronder de zorgverzekeraars, zelf in beeld in welke mate zij voldoen aan de naleving van het protocol Verzekeraars en Criminaliteit.

Onderdeel van dit protocol vormt de verplichting voor de verzekeraars om de beheersmaatregelen ten minste elke twee jaar te laten beoordelen met een audit door de interne auditfunctie of de externe accountant. De NZa heeft de concept monitor van commentaar voorzien en het merendeel van de bevindingen van de NZa is hierin geïmplementeerd. Eén van de opgevolgde suggesties is het volgen van de structuur van het werkprogramma en prestatiemeting van de NZa in de monitor. De NZa streeft er naar in de toekomst het werkprogramma voor de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik af te stemmen op de monitor ter voorkoming van dubbele uitvraag van informatie. Voor 2012 was de monitor nog niet tijdig beschikbaar.

Het Kenniscentrum Fraudebeheersing van Zorgverzekeraars Nederland is een spilfunctie gaan vervullen in de ontvangst en doorzending van fraudesignalen naar de NZa en het Verbond van Verzekeraars.

²¹ Bron: Kenniscentrum Fraudebeheersing ZN

Meldingen van zorgfraude over zorgaanbieders worden door de zorgverzekeraars in het algemeen via het Kenniscentrum Fraudebeheersing doorgestuurd aan de NZa. Ook geeft Zorgverzekeraars Nederland sinds 2013 de signalen door aan het Verzamelpunt zorgfraude van de NZa. Soms gaan meldingen ook direct van de zorgverzekeraar naar de NZa. Meldingen over individuele verzekerden worden gemeld bij het Verbond van Verzekeraars.

De NZa beoordeelt de ontvangen meldingen en bespreekt deze in het Tripartiete overleg met het Openbaar Ministerie en FIOD om te bezien of eventueel strafrechtelijke of bestuursrechtelijke handhaving mogelijk is. Voor fraudezaken door verzekerden vindt afstemming plaats tussen het Verbond van Verzekeraars en Functioneel Parket.

Met deze nieuwe procedure wordt niet langer meer aangifte van fraude gedaan door zorgverzekeraars bij de politie of het Openbaar Ministerie. Het jaar 2012 moet worden gezien als een overgangsjaar omdat de systemen van Zorgverzekeraars Nederland en de zorgverzekeraars nog niet voldoende op elkaar bleken te zijn afgestemd, er sprake was van beperkte capaciteit bij het Kenniscentrum Fraudebeheersing en ook zorgverzekeraars niet altijd dezelfde definities over zorgfraude hanteerden. Ook zijn er aanloopproblemen ontstaan in de meldingen van Zorgverzekeraars Nederland naar de NZa. Het aantal meldingen is achtergebleven bij de verwachtingen. Het Kenniscentrum Fraudebeheersing stuurt alleen die zaken door aan de NZa waarbij sprake is van een volledig afgerond onderzoek door de zorgverzekeraar en waarbij fraude is bewezen.

De NZa en Zorgverzekeraars Nederland zijn over het proces van melden van fraudesignalen in overleg.

In het tweede halfjaar van 2013 heeft Zorgverzekeraars Nederland een nieuw sanctiebeleid opgesteld, 'Uniform maatregelenbeleid' voor het opleggen van maatregelen na geconstateerde zorgfraude.

Zorgverzekeraars Nederland heeft op de internetsite de leden er op gewezen dat registratie in het EVR voor AWBZ fraudezaken mogelijk is door dit te laten verlopen via de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ wat via concessie is belegd bij de zorgkantoren.

De NZa vindt dit niet een optimale oplossing en is van mening dat ook de zorgkantoren rechtstreeks gebruik moeten kunnen maken van het EVR.

2.13.6 Vervolgactie

Gezien het aanzienlijke aantal concessiehouders dat een onvoldoende heeft gescoord en het grote aantal verbeterpunten zal de NZa de uitvoering van de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik nauwlettend volgen. De NZa verwacht van concessiehouders dat zij de verbeterpunten realiseren in 2014.

De NZa zal bij de betreffende concessiehouders die voor deze prestatie-indicator in 2012 een onvoldoende scoorden maatregelen treffen. Daarnaast zal de NZa in het voorjaar van 2014 tussentijds onderzoek doen naar de voortgang van de verbeteracties. Dit tot doel de uitvoering van deze prestatie-indicator te verbeteren.

2.13.7 Best practices bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik

Concessiehouder Zorgkantoor DSW B.V. heeft bij de prestatiemeting op het onderdeel bestrijding Misbruik en oneigenlijk gebruik de hoogste score gerealiseerd.

2.14 Prestatie-indicator Administratieve organisatie en interne beheersing

2.14.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2012 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Administratieve organisatie en interne beheersing.

Tabel 2.21. Scores 2012 per concessiehouder op Administratieve organisatie en interne beheersing

Moderne administratieve organisatie	Wegingsfactor 2012	Totaal aantal zorgkantoren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren		32	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
Administratieve organisatie en interne beheersing	1		V	V	V	V	V	G	O	V	V	V	V

Bron: NZa

Legenda: Het oordeel 'goed' is aangegeven met de kleur groen, het oordeel 'voldoende' met een oranje kleur en een rode kleur is toegekend aan het oordeel 'onvoldoende'. Een score goed hoeft niet te betekenen dat een concessiehouder volledig aan alle beoordelingsaspecten heeft voldaan.

2.14.2 Te stellen eisen

De Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars (VA/NR-100.048) bepaalt dat de concessiehouder zijn bedrijfsvoering en administratieve organisatie zodanig moet inrichten dat de gegevens in zijn administratie bij voortdurende juist, actueel en volledig zijn.

De concessiehouder moet daartoe voorafgaand aan het verslagjaar een controleplan opstellen. Hij moet de interne controles uitvoeren overeenkomstig het controleplan en zijn controlebevindingen op adequate wijze vastleggen, evalueren en waar nodig corrigerende maatregelen uitvoeren.

De concessiehouder moet voldoende maatregelen treffen om de continuïteit, beschikbaarheid, logische toegangsbeveiliging en betrouwbaarheid van de geautomatiseerde systemen te waarborgen. Hij moet de opzet en werking van deze maatregelen jaarlijks beoordelen en waar nodig maatregelen nemen om een effectieve systeem van general computer controls te waarborgen.

2.14.3 Vergelijking met voorgaande jaren

De NZa constateert dat de uitvoering van Administratieve organisatie en interne beheersing in 2012 ten opzichte van 2009 verslechterd is (zie tabel 2.21). Over 2011 en 2010 is deze prestatie-indicator niet beoordeeld. Eén concessiehouder scoort een goed, negen een voldoende en één een onvoldoende. In 2009 scoorden vijf concessiehouders een goed en zes een voldoende.

Tabel 2.22. Resultaatscores concessiehouders 2009 en 2011: Administratieve organisatie en interne beheersing

Moderne administratieve organisatie	2012			2009		
	Goed	Vol- doende	Onvol- doende	Goed	Vol- doende	Onvol- doende
Administratieve organisatie en interne beheersing	1	9	1	5	6	0

Bron: NZa

2.14.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten in Administratieve organisatie en interne beheersing zijn:

Kwaliteit administratieve organisatie en interne beheersing

- het volledig maken van de procesbeschrijvingen (vijf concessiehouders, tien zorgkantoren);
- het verbeteren van het controleplan (negen concessiehouders, 28 zorgkantoren);
- het overeenkomstig het controleplan uitvoeren van de interne controlewerkzaamheden (negen concessiehouders, 23 zorgkantoren);
- het op zichtbare wijze vastleggen van de bevindingen en conclusies van de uitgevoerde interne controlewerkzaamheden in 2012 en deze relateren aan het controleplan, en de bevindingen evalueren en waar nodig aanvullende controlewerkzaamheden verrichten dan wel correcties doorvoeren (zes concessiehouders, dertien zorgkantoren);
- het verbeteren van de managementinformatie (acht concessiehouders, elf zorgkantoren).

Kwaliteit geautomatiseerde gegevensverwerking

- het in applicaties aantoonbaar maken dat wijzigingen in wet- en regelgeving juist en tijdig heeft plaatsgevonden (vier concessiehouders, acht zorgkantoren);
- het specifiek aantonen dat application controls blijvend juist werken (tien concessiehouders, 29 zorgkantoren);
- het aantonen dat in opzet toereikende maatregelen zijn getroffen voor de continuïteit en de logische toegangsbeveiliging van de geautomatiseerde systemen en dat deze maatregelen bestaan en dat deze maatregelen gedurende 2012 hebben gewerkt (acht concessiehouders, 25 zorgkantoren);
- het laten beoordelen van de werking van de ITGC's voor het volledige boekjaar en het zichtbaar vastleggen welke zekerheid verkregen dient te worden ten aanzien van de ITGC's van AZR en hoe deze zekerheid is verkregen (drie concessiehouders, zestien zorgkantoren);
- het nemen van zodanig toereikende maatregelen rondom het change management van de geautomatiseerde systemen, dat deze gedurende het jaar hebben gewerkt en het aantoonbaar vastleggen hiervan (vijf concessiehouders, twaalf zorgkantoren).

2.14.5 Analyse

De administratieve organisatie en interne beheersing moet bij veel concessiehouders verbeterd worden.

Er zijn namelijk veel verbeterpunten, zoals onder andere het opstellen van een controleplan, het uitvoeren van de controles volgens het controleplan, het op zichtbare wijze vastleggen van de bevindingen en

conclusies van de uitgevoerde interne controlewerkzaamheden in 2012 en het verbeteren van de managementinformatie.

Verder is de kwaliteit geautomatiseerde gegevensverwerking bij veel concessiehouders voor verbetering vatbaar.

Slechts één concessiehouder kent een goede score op dit onderdeel.

2.14.6 Vervolgactie

Omdat één concessiehouder een onvoldoende heeft gescoord en het grote aantal verbeterpunten bij alle concessiehouders zal de NZa de prestatie-indicator Administratieve organisatie en interne beheersing nauwlettend blijven volgen. De NZa verwacht van concessiehouders dat zij de verbeterpunten realiseren in 2014.

De NZa zal bij de betreffende concessiehouder die voor deze prestatie-indicator in 2012 een onvoldoende scoorde maatregelen treffen.

Daarnaast zal de NZa in het voorjaar van 2014 tussentijds onderzoek doen naar de voortgang van de verbeteracties. Dit tot doel de uitvoering van deze prestatie-indicator te verbeteren.

2.14.7 Best practices Administratieve organisatie en interne beheersing

De NZa heeft geen best practices geconstateerd. Er is slechts één concessiehouder die een goed heeft gescoord. Maar ook bij deze concessiehouder is nog sprake van een aantal substantiële verbeterpunten.

2.15 Opvolging verbeterpunten 2011

2.15.1 Opvolging verbeterpunten door concessiehouders

In deze paragraaf geeft de NZa aan in welke mate concessiehouders de door de NZa in het rapport 2011 geformuleerde verbeterpunten hebben opgevolgd. Hierbij merkt de NZa op dat de opvolging van de verbeterpunten alleen is onderzocht als het oordeel voor een bepaalde prestatie-indicator over 2011 voldoende of onvoldoende was.

Tabel 2.23. Opgevolgde verbeterpunten 2011 per prestatie-indicator

Prestatieveld	Prestatie-indicator	Aantal verbeterpunten		Mate van opvolging
		Rapport 2011	Niet geheel gerealiseerd in 2012	
Service aan cliënten	Zorg in natura	23	6	74%
	Klachtenbehandeling	12	1	92%
Zorginkoop en –contractering	Contracteerproces	nvt	nvt	nvt
Moderne administratieve organisatie	Materiële controle	34	23	34%
	Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik	55	39	29%
Totaal		124	69	44%

Bron: NZa

2.15.2 Toelichting

De concessiehouders hebben in 2012 ruim de helft van de verbeterpunten, met betrekking tot over 2011 onderzochte prestatie-indicatoren, nog niet volledig gerealiseerd. Hierbij moet opgemerkt worden dat er een groot verschil zit in opvolging van de verbeterpunten die vallen onder het prestatieveld Service aan cliënten enerzijds en het prestatieveld Moderne administratieve organisatie anderzijds. De verbeterpunten met betrekking tot het prestatieveld Moderne administratieve organisatie behelzen vaak grotere organisatorische veranderingen. Pas in volgende jaren zullen de concessiehouders de vruchten kunnen plukken van de in 2012 ingezette verbeteracties.

De concessiehouders, aan wie een informatieverzoek is gedaan voor opvolging van verbeterpunten Zorg in natura en Klachtenbehandeling, hebben deze processen in 2012 op goede wijze uitgevoerd. Als de concessiehouder een prestatie-indicator in 2012 op goede wijze heeft uitgevoerd - dus minimaal met een score goed - dan worden de nog resterende verbeterpunten uit voorgaande jaren niet meer afzonderlijk gevolgd. De NZa gaat ervan uit dat eventuele nog resterende verbeterpunten alsnog worden gerealiseerd.

2.15.3 Vervolgactie

Als de opvolging verbeterpunten 2011 in 2012 nog niet volledig is gerealiseerd en de betreffende prestatie-indicator is in 2012 niet op goede wijze uitgevoerd, zal de NZa maatregelen treffen. Dit tot doel de opvolging van de nog niet opgevolgde verbeterpunten 2011 te bewerkstelligen. Deze verbeterpunten hebben betrekking op de processen Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik.

2.16 Afdoening vorig onderzoek

2.16.1 Opvolging verbeterpunten 2010 door concessiehouders

In het rapport uitvoering AWBZ 2012 heeft de NZa de opvolging van de verbeterpunten 2010 beoordeeld. De NZa heeft hiervoor een informatieverzoek gedaan aan de betreffende concessiehouders.

2.16.2 Toelichting

In december 2012 heeft de NZa zeven van de elf concessiehouders een informatieverzoek op grond van artikel 61 Wmg toegestuurd met betrekking tot de nog openstaande verbeterpunten 2010. Deze concessiehouders moesten de NZa periodiek informeren over de realisatie van nog niet opgevolgde verbeterpunten 2010. Hierbij werden de rapportagedata 1 april, 1 juli en 1 oktober 2013 gehanteerd. Dit betrof voor alle concessiehouders samen in totaal 23 verbeterpunten. Op basis van de door de concessiehouder aangeleverde informatie waren op 1 april 2013 al 21 van de 23 verbeterpunten (circa 91%) in voldoende mate gerealiseerd. Op 1 juli 2013 waren alle verbeterpunten (100%) in voldoende mate gerealiseerd. Per 1 oktober 2013 hoefde daarom geen informatie over de verbeterpunten 2010 meer te worden aangeleverd.

2.16.3 Vervolgactie

Uit het onderzoek van de NZa is gebleken dat in 2012 de opvolging verbeterpunten 2010 in voldoende mate waren gerealiseerd.

2.17 Kwaliteit verantwoordingsinformatie

De NZa heeft de kwaliteit van de verantwoordingsinformatie 2012 (uitvoeringsverslag, financiële verantwoording, bestuurlijke verantwoording) beoordeeld op de volgende aspecten:

- tijdigheid;
- opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken;
- kwaliteit uitvoeringsverslag;
- kwaliteit bestuurlijke verantwoording;
- kwaliteit financiële verantwoording.

Tijdigheid

De verantwoordingsdocumenten 2012 zijn van alle concessiehouders tijdig ontvangen (vóór 1 juli 2013).

Opvolging verbeterpunten vorige onderzoeken

De meeste concessiehouders hebben zich afdoende verantwoord over de opvolging van de verbeterpunten van het vorige onderzoek. Bij twee concessiehouders (zeven zorgkantoren) was de verantwoording op onderdelen nog te summier.

Kwaliteit uitvoeringsverslag

Bij vijf concessiehouders (elf zorgkantoren) is de informatie in het uitvoeringsverslag volledig en zijn alle onderwerpen in het uitvoeringsverslag volledig behandeld. Bij de overige concessiehouders zijn bijna alle onderwerpen volledig behandeld, met uitzondering van één of enkele onderwerpen. Dit betreft daarbij de prestatie-indicatoren Klachtenbehandeling (prestatie-indicator 3) en PGB en VPZ (prestatie-indicatoren 2 en 8).

Kwaliteit bestuurlijke verantwoording

Bij alle concessiehouders heeft de NZa opmerkingen gemaakt over de diepgang van de bestuurlijke verantwoording. Niet alle aspecten zijn met voldoende diepgang beschreven. Het betreft hier vooral de prestatie-indicatoren Monitoring continuïteit zorgverlening (prestatie-indicator 9), Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik (prestatie-indicator 11) en Administratieve organisatie en interne beheersing (prestatie-indicator 12).

Kwaliteit financiële verantwoording

Bij alle concessiehouders is de financiële verantwoording (nagenoeg) volledig en opgesteld volgens het model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording concessiehouders 2012.

De NZa heeft hierbij nog wel de volgende opmerkingen gemaakt:

- Bij één concessiehouder is in de originele gewaarmerkte versie van de financiële verantwoording de post 'Schade pgb-subsidie' weggefallen. Het totaal aan kosten is wel juist;
- Eén concessiehouder heeft de beleidsregel CA-300-509 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven dagbesteding en vervoer AWBZ' niet correct toegepast bij het opstellen van de financiële verantwoording;
- Bij één concessiehouder is aandacht gevraagd voor een juiste rubricering van posten;
- Bij twee concessiehouders is aandacht gevraagd voor een juiste presentatie van de budgetresultaten;

- Eén concessiehouder heeft de schaden AWBZ voorgaande jaren in de eerste versie van de financiële verantwoording de balanspost 2011 ten onrechte niet teruggedraaid. In de eerste versie van de financiële verantwoording waren hierdoor de schaden AWBZ voorgaande jaren en de bijdragen CVZ te hoog verantwoord. De concessiehouder heeft, gezien de fout de tolerantie van 1% overschrijdt, een herziene financiële verantwoording inclusief nieuwe controleverklaring aangeleverd waarin deze fout is gecorrigeerd (zie hiervoor ook paragraaf 4.2.4.3).

2.18 Experiment regelarme instellingen

De NZa constateert dat de concessiehouders zich in het onderzoeksjaar 2012 hebben voorbereid op de experimenten regelarme instellingen (ERAI). De meeste van deze experimenten zijn eerst op 1 januari 2013 van start gegaan. De NZa zal de ontwikkelingen op dit terrein volgen en daarover in het samenvattend rapport 2013 verslag doen.

3. Verdiepend onderzoek bij concessiehouders

3.1 Inleiding

De NZa heeft verdiepend onderzoek gedaan naar de volgende prestatie-indicatoren: Zorg in natura in paragraaf 3.2, Klachtenbehandeling in paragraaf 3.3, Contracteerproces in paragraaf 3.4, Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte in paragraaf 3.5, Innovatie en kwaliteit zorgverlening in paragraaf 3.6, Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura in paragraaf 3.7, Administratie op verzekerdeniveau voor PGB en VPZ in 3.8. en Monitoring continuïteit zorgverlening in paragraaf 3.9.

Voor deze prestatie-indicatoren heeft de NZa niet alleen de prestatie-meting uitgevoerd, maar ook de actuele stand van zaken in beeld gebracht. De uitkomsten van dit verdiepend onderzoek tellen niet mee in de prestatie-meting. Het betreft activiteiten die landelijk nog in ontwikkeling zijn en waarvoor nog geen bruikbare toetsingsnormen beschikbaar zijn. Dit aanvullend onderzoek heeft vooral als doel informatie te genereren over de mogelijkheden en beperkingen waar de concessiehouders mee worden geconfronteerd bij de huidige en toekomstige uitvoering van de AWBZ.

De NZa heeft in dit kader aan de concessiehouders aanvullende vragen gesteld. Alle concessiehouders hebben serieus werk gemaakt van de verdiepende vragen, een vooruitgang ten opzichte van het voorgaande jaar. Desondanks ziet de NZa nog duidelijk verschillen in de kwaliteit van de aangeleverde informatie. De concessiehouders Achmea Zorgkantoor N.V. en Agis Zorgverzekeringen N.V. hebben zich in positieve zin onderscheiden.

3.2 Bevindingen verdiepend onderzoek Zorg in natura

3.2.1 Algemeen

Vanaf 1 januari 2013 worden geen indicaties meer afgegeven voor de lagere zorgzwaartepakketten in de ouderenzorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Cliënten met een dergelijke zorgvraag komen nog wel in aanmerking voor extramurale zorg, te ontvangen in de thuissituatie. Dit beleid vloeit voort uit het regeerakkoord.

Hierdoor is een zekere leegloop te verwachten van intramurale zorgaanbieders. De NZa heeft onderzocht of dit mogelijk tot strategisch wachtlijstgedrag van deze zorgaanbieders leidt, of tot het aanvragen van zwaardere indicaties (upcoding) om toekomstige leegloop te voorkomen.

Doordat meer cliënten met een grotere zorgvraag thuis blijven wonen ligt een toename van de vraag naar spoedzorg en naar beschikbaarheid van snel oproepbare zorg voor de hand. De NZa heeft concessiehouders gevraagd of zij dit onderschrijven en zo ja, hoe zij hun zorginkoop hierop afstemmen.

De overheid is van plan om grote delen van de AWBZ per 1 januari 2015 over te hevelen naar gemeenten. Samenwerking met gemeenten bij de dienstverlening aan de cliënt blijft echter van belang. De NZa heeft bij de concessiehouders geïnformeerd naar de voortgang hiervan.

3.2.2 Extramuralisering en strategisch gedrag zorgaanbieders

Doordat vanaf 1 januari 2013 geen indicaties meer worden afgegeven voor de zorgzwaartepakketten ZZP's VV1 en 2 en VG1 en 2 en vanaf 2014 ook niet meer voor VV3, is een zekere leegloop te verwachten van verzorgingshuizen en - op termijn - mogelijk ook van gezinsvervangende tehuizen.

Concessiehouders hebben geen signalen ontvangen dat intramurale instellingen cliënten langer op de wachtlijst vasthouden, om toekomstige leegloop te voorkomen. Twee concessiehouders geven expliciet aan dit signaal evenmin te hebben gehad van cliëntorganisaties, gemeenten noch cliëntenraden. Drie concessiehouders stellen expliciet dat het vasthouden van lagere indicaties al helemaal geen zin heeft, omdat zij de opname van deze cliënten al hebben ontmoedigd.

Als de woonsituatie van de cliënt niet optimaal is en ook de extramurale zorg afgeslankt wordt, zou strategisch gedrag van zorgaanbieders zich ook kunnen vertalen in zwaardere indicatie-aanvragen dan strikt noodzakelijk, om de cliënt alsnog te kunnen opnemen. De indicatieprocedures van het CIZ bieden hiervoor mogelijk enige ruimte. Ook zouden zware thuiszorgcliënten sneller voor een intramurale indicatiestelling kunnen worden aangemeld dan vroeger.

Acht van de elf concessiehouders geven expliciet aan dat een dergelijke toename van indicaties mogelijk wordt, bijvoorbeeld via upcoding in de aanmeldfaciliteit van het CIZ²². Enkele concessiehouders zien dit risico vooral bij cliënten met beginnende dementie en / of een schrijnende thuissituatie. Drie concessiehouders vinden de regelarme experimenten waarbij de zorgaanbieder zelf de indicatie kan stellen ook risicovol.

3.2.3 Gevolgen van extramuralisering voor zorgvraag cliënten

Vrijwel alle concessiehouders verwachten dat de vraag naar spoedzorg door de extramuralisering toeneemt. Spoedzorg betreft niet alleen thuiszorg, maar ook crisisopnames. Twee concessiehouders geven expliciet aan dat een toename van crisisopnames ook kan leiden tot een verhoogde instroom van zwaardere intramurale indicaties.

De concessiehouders verwachten eveneens vrijwel unaniem een stijging van de behoefte naar onplanbare zorg en nachtzorg.

Concessiehouders verwachten vooral een toenemende vraag naar spoedzorg en onplanbare zorg bij cliënten die vroeger in ZZP3 zouden zijn ingedeeld, bij cliënten die weinig extramurale begeleiding en persoonlijke verzorging krijgen, of wier mantelzorg uitvalt en / of huisvesting tekort schiet. Ook een gebrekkige samenwerking tussen de verschillende (extramurale) hulpverleners en gescheiden financieringschotten worden als risicofactoren genoemd.

Acht concessiehouders verwijzen naar de landelijke discussie over de bekostiging van de spoedzorg, die in NZa verband nog loopt. Die is medebepalend voor de wijze, waarop de spoedzorg georganiseerd gaat worden.

²² Upcoding doet zich in 2013 al voor, zoals aangetoond in het Onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling en aanbevelingen, CIZ, september 2013.

Vier concessiehouders verwijzen hierbij naar de noodzaak tot verdere concentratie en samenwerking van aanbieders van spoedzorg.

Bij de zorginkoop van onplanbare zorg zetten vijf concessiehouders in op concentratie van deze zorg bij een beperkt aantal aanbieders en een verdergaande samenwerking tussen zorgaanbieders. Hiermee kunnen zowel financiële als personele krapte worden aangepakt, en veranderingen in de zorgvraag tijdig worden gesignaleerd. Vijf andere concessiehouders analyseren de stijgende vraag naar onplanbare zorg, maar zien nog geen aanleiding om hun zorginkoop op dit punt te herzien.

3.2.4 Samenwerking met gemeenten

Volgens de voornemens van de overheid wordt een groot deel van de huidige extramurale AWBZ – zorg per 1 januari 2015 overgeheveld naar gemeenten. De thuiszorg aan intramuraal geïndiceerde cliënten blijft ook in de toekomst onder de AWBZ. Informeren van cliënten over hun mogelijkheden en rechten bij de gemeentelijke dienstverlening, waar deze ophoudt en waar de AWBZ – zorg begint, is ook in de toekomst relevant. Samenwerking tussen zorgkantoren en gemeenten blijft naar de mening van de NZa belangrijk.

Concessiehouders met één of twee werkgebieden zijn tevreden over de samenwerking en ontmoeten alle gemeenten in bilaterale of regionale overleggen, op ambtelijk en / of bestuurlijk niveau. Grotere concessiehouders geven aan dat de samenwerking regionaal zeer verschillend is, naar gelang de regionale ontwikkeling en organisatie.

Concessiehouders geven aan dat de samenwerking met grotere gemeenten vaak intensiever is, vaak op basis van een convenant. Grotere gemeenten nemen vaker het voortouw en hebben meer (gespecialiseerde) medewerkers in dienst. Door de grootstedelijke problematiek hebben zij ook meer noodzaak om adequate voorzieningen te ontwikkelen. Kleinere gemeenten moeten over de grenzen heen werken en zoeken vaker de samenwerking met elkaar of met grotere gemeenten, ook in de afstemming met de concessiehouder.

Concessiehouders geven aan dat meer kennisdeling plaatsvindt met gemeenten over de zorginkoop, zodat gemeenten zich op hun toekomstige taken beter kunnen voorbereiden. Vier concessiehouders geven expliciet aan dat gemeenten zich steeds meer bewust worden van hun toekomstige opdracht, en de impact hiervan gaan inzien.

Concessiehouders zien een toekomst voor wijkgerichte zorg, mits goede samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor. Dit is een voorwaarde om afwentelingsgedrag te voorkomen. Verder is een cultuurverandering bij cliënt, mantelzorger en zorgverlener onmisbaar. Zij moeten het oude verwachtingspatroon van zorg loslaten. Enkele concessiehouders waarschuwen voor een te sterke aandacht op de eigen gemeente, wijk of voor specifieke doelgroepen.

3.3 Bevindingen verdiepend onderzoek klachtenbehandeling

3.3.1 Algemeen

Naar aanleiding van signalen heeft de NZa onderzocht in hoeverre de concessiehouder zijn medewerkers, belast met de klachtenafhandeling, faciliteert, zodat zij beschikken over specifieke deskundigheid.

Deze is nodig om de klachten goed, tijdig en cliëntvriendelijk te kunnen behandelen.

In 2011 bleek er een goede aansluiting te zijn tussen de registratie van klachten in het klachtenregister en de verantwoording van het aantal ontvangen klachten in het uitvoeringsverslag. Omdat dit in eerdere jaren niet altijd het geval was, is dit ook voor 2012 onderzocht.

Als de concessiehouder slechts een zeer gering aantal klachten heeft geregistreerd, is mogelijk de klachtenalertheid van de concessiehouder aan de orde. Ontvangen klachten worden dan mogelijk niet als zodanig herkend noch vastgelegd. De NZa is dit ook nagegaan.

De NZa heeft het totale aantal in 2012 geregistreerde klachten onderverdeeld in klachten over zorgaanbieders, PGB, het functioneren van het zorgkantoor en overige klachten.

Voor haar oordeel over de tijdige afhandeling van klachten baseert de NZa zich op het percentage klachten dat door de concessiehouder binnen de wettelijke termijnen is afgehandeld. In deze verdieping kijkt de NZa naar de gemiddelde doorlooptijd van de klachtenafhandeling.

3.3.2 Deskundigheid klachtenafhandeling

Alle concessiehouders geven aan cursussen te verzorgen voor de betreffende medewerkers in mondelinge en/of schriftelijke klachtenafhandeling. Vijf concessiehouders benadrukken daarnaast het belang van ervaring, te bereiken door de klachtenbehandeling bij een klein team te beleggen. Twee andere concessiehouders benadrukken het belang van eisen in de functieomschrijving, van collegiale toetsing en van afdelingsoverleg, waarin casuïstiek wordt besproken.

3.3.3 Aantal klachten en verantwoording

Bij alle concessiehouders bleek net als in 2011 een (nagenoeg) volledige aansluiting te zijn tussen de aantallen geregistreerde klachten en de verantwoording hierover in het uitvoeringsverslag 2012.

Eén concessiehouder registreerde onevenredig lage aantallen klachten van vijf of minder. Vorig jaar waren er dat nog drie. De betreffende concessiehouder heeft de weinige ontvangen klachten op hoofdlijnen wel correct afgehandeld.

Lage aantallen klachten betekenen niet automatisch een goed functionerende concessiehouder. Enerzijds kunnen deze duiden op een goede informatievoorziening aan cliënten en een goede uitvoering van de AWBZ. Anderzijds kunnen deze duiden op een slecht toegankelijke klachtenprocedure of een onjuiste klachtenregistratie.

3.3.4 Aantallen en samenstelling van klachten

Op basis van de informatie uit de klachtenregistraties en de verantwoordingsdocumenten over 2011 en 2012 heeft de NZa het volgende beeld van de aantallen en samenstelling van de klachten:

Tabel 3.1. Aantallen en samenstelling van geregistreerde klachten concessiehouders in 2011 en 2012

Aard klachten	Aantal 2011	Aandeel	Aantal 2012	Aandeel
Zorgaanbieders	158	20%	261	49%
Persoonsgebonden budget	400	50%	72	14%
Functioneren zorgkantoren	123	15%	70	13%
Overige	127	15%	125	24%
Totaal	808	100%	528	100%

Bron: NZa (verantwoordingsinformatie en klachtenregisters 2011 en 2012 van alle concessiehouders).

Het totaal aantal geregistreerde klachten blijkt in 2012 landelijk met 35% te zijn afgenomen. Niet alle individuele concessiehouders laten een afname zien. Drie concessiehouders vertonen een lichte stijging, waaronder twee die in 2011 nauwelijks klachten hadden geregistreerd. Het aandeel klachten over het PGB is in 2012 fors gedaald, het aandeel klachten over zorgaanbieders is daarentegen toegenomen. Verschillen in aantallen tussen concessiehouders zijn mogelijk gedeeltelijk terug te voeren op verschillen in klachtdefinitie. Het beeld varieert per concessiehouder sterk.

3.3.5 Tijdige afhandeling van klachten

De gemiddelde doorlooptijd van de klachtenafhandeling per concessiehouder toont het volgende beeld.

Tabel 3.2. Gemiddelde doorlooptijd van geregistreerde klachten van concessiehouders in 2012

Doorlooptijd	Concessiehouders
<= 10 dagen	Univé, Trias, CZ
11-15 dagen	DSW
16-20 dagen	Agis, VGZ, Salland
21-30 dagen	Friesland, Menzis, Zorg & Zekerheid
> 30 dagen	Achmea

Bron: NZa (verantwoordingsinformatie 2012 van alle concessiehouders)

Tabel 3.3. Gemiddelde doorlooptijd van geregistreerde klachten van concessiehouders in 2011

Doorlooptijd	Concessiehouders
<= 10 dagen	Menzis, CZ
11-15 dagen	Agis, VGZ, Univé
16-20 dagen	DSW, Trias
21-30 dagen	Friesland
> 30 dagen	Achmea, Zorg en Zekerheid

Bron: NZa (verantwoordingsinformatie 2011 van alle concessiehouders, Salland had in 2011 geen geregistreerde klachten)

Deze uitkomsten moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd. Zo zijn de aantallen geregistreerde klachten van vier concessiehouders erg gering,

minder dan tien. Dat neemt niet weg dat de gemiddelde doorlooptijd per concessiehouder sterk verschilt.

Mogelijk beïnvloedt de aard van de klachten de doorlooptijd. Zo heeft de concessiehouder de doorlooptijd van klachten over zorgaanbieders niet volledig zelf in de hand, omdat hij de klager vaak eerst moet terugverwijzen naar de betreffende zorgaanbieder.

In tegenstelling tot 2011 neigen concessiehouders met relatief veel klachten over zorgaanbieders naar langere doorlooptijden, alhoewel het verband niet erg duidelijk is. Zo heeft één concessiehouder geen klachten over zorgaanbieders, maar kent toch lange doorlooptijden.

3.4 Bevindingen verdiepend onderzoek Contracteerproces

3.4.1 Algemeen

De overheid stimuleert dat cliënten langer thuis blijven wonen. Doordat bovendien de toegangseisen voor het PGB worden aangescherpt, leidt dit tot een toenemende druk op de extramurale zorg. De NZa vindt het belangrijk dat zorgkantoren voldoende nieuw, innovatief zorgaanbod contracteren. Het gaat hierbij niet alleen om nieuwe zorgaanbieders, maar ook om innovatief aanbod bij bestaande zorgaanbieders.

Per 1 januari 2012 is het mogelijk voor concessiehouders om zelfstandigen zonder personeel (zzp-ers) te contracteren voor zorg in natura. Hiervoor zijn landelijk middelen ter beschikking gesteld en kan via de gebruikelijke weg per zzp-er een budgetaanvraag bij de NZa worden ingediend. In 2013 wordt dit experiment voortgezet. De NZa heeft de concessiehouders gevraagd naar de voortgang.

In het onderzoek constateerde de NZa dat zes concessiehouders de zorgaanbieders niet actief controleerden op de aanwezigheid van voldoende cliëntinformatie over aanvullende diensten en bijbetalingen. De NZa is in 2013 via informatieverzoeken bij deze concessiehouders nagegaan in hoeverre dit inmiddels is gerealiseerd.

3.4.2 Contractering nieuw innovatief aanbod

3.4.2.1 Innovatief aanbod bij nieuwe en bestaande zorgaanbieders

Alle concessiehouders hebben in hun contracteerbeleid aandacht voor innovaties. Zij leggen hierbij verschillende accenten.

- nieuwe doelgroepen, bijvoorbeeld thuiszorg voor cliënten met een hogere zorgzwaarte, zorg voor oudere gehandicapten, niet aangeboren hersenletsel, autisme en licht verstandelijk gehandicapten;
- samenwerking in de zorgverlening: het opzetten van wijkteams, kennisdeling en samenwerking met gemeenten, Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) clusters, preventie, ambulantisering en nazorg in de maatschappelijke opvang, samenwerking in ketenzorg voor diabetes en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
- vernieuwingen in het zorgproces: wonen in ADL clusters, toepassing van domotica, e-health, en het Virtuele verzorgingstehuis in de thuiszorg, de inzet van mantelzorg, vermindering van dwang & drang in de Geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Concessiehouders maken bij het contracteren van innovatief aanbod geen principieel onderscheid tussen geheel nieuwe zorgaanbieders en bestaande zorgaanbieders. Zij vinden dat het belang van de cliënt voorop staat, niet dat van de zorgaanbieder.

Concessiehouders contracteren in het algemeen alleen nieuwe aanbieders, die hiaten in het bestaande zorgaanbod kunnen opvullen, meestal voor nieuwe doelgroepen. Daarnaast maximaliseren vijf concessiehouders het aantal nieuw te contracteren aanbieders.

3.4.2.2 Voornemens contracteren innovaties in 2014

De NZa heeft bij de concessiehouders geïnformeerd naar hun beleidsvoornemens voor de zorginkoop 2014. Drie concessiehouders noemen nieuwe speerpunten: aansluiting van het intramuraal aanbod bij de zorgbehoeften, wijkgerichte organisatie van extramurale zorg in samenwerking met gemeenten, meer participatie en zelfredzaamheid van cliënten Gehandicaptenzorg. Het delen van elkaanders ervaringen bij innovaties door zorgaanbieders wordt eveneens genoemd.

Concessiehouders benadrukken expliciet de rol van bestaande aanbieders in de innovaties. Vijf concessiehouders geven aan dat er niet veel ruimte is voor innovaties, en / of voor het contracteren van nieuwe zorgaanbieders. Naar hun mening beperken de AWBZ prestatie-omschrijvingen innovatie, of kan nieuwe zorgaanbieders geen zekerheid worden geboden. Veel AWBZ-zorg gaat immers over naar gemeenten.

3.4.3 Contractering van zelfstandigen zonder personeel

De NZa verwachtte in mei 2013²³ dat de landelijke middelen van € 20 miljoen, regionaal verdeeld over de concessiehouders voor de contractering van zelfstandige zorgverleners, voldoende zijn. In de tweede contracteeronde 2013 zijn 366 ZZP-ers in één of meerdere regio's gecontracteerd.

In hoeverre deze een substantiële omzet genereren, is echter nog onzeker. Vier concessiehouders gaven expliciet aan dat de gecontracteerde zelfstandige zorgverleners zeer beperkt declareerden, en mogelijk problemen hadden om voldoende cliënten te werven.

De concessiehouders noemen een aantal belemmeringen voor een vlotte contractering van ZZP-ers.

- samenwerkingsverbanden tussen zzp-ers zijn moeilijk te realiseren, vanwege uitspraken van de (toenmalige) NMa. De administratieve intermediair DinZ voorziet ook niet in een declaratiemogelijkheid voor samenwerkingsverbanden;
- de concessiehouder verlangt van de ZZP-er dat de achterwachtfunctie geborgd is. Dat lukt niet altijd. De concessiehouder kan echter niet zelf een achtereenvolgende regelen, omdat volgens fiscale maatstaven dan sprake zou zijn van een dienstverband;
- zzp-ers hebben een andere kostenstructuur dan zorginstellingen. Er is nog geen reëel tarief voor de diensten van zzp-ers;
- er is weliswaar een landelijk keurmerk voor zzp-ers, maar dat is voornamelijk administratief van aard en niet 'aanbestedingsproof' met de eisen, gesteld aan zorginstellingen;
- de administratieve intermediair DinZ verricht een deel van de formele controles op de declaraties van ZZP-ers. Echter: niemand houdt toezicht op DinZ, dat door concessiehouders ook niet is gecontracteerd.

²³ NZa - advies over de toereikendheid van de contracteeruimte 2013 aan VWS

Enkele concessiehouders geven expliciet aan dat de zorg door ZZP-ers in de behoeften van een beperkte cliëntengroep goed kan voorzien. ZZP-ers kunnen maatwerk leveren en een flexibel zorgaanbod, afgestemd op de behoeften van de cliënt. Deze concessiehouders zien hierin een tussenvorm tussen PGB en zorg in natura. Zij verwachten dat deze cliëntengroep zal groeien omdat de toegangseisen voor het PGB zijn aangescherpt. Met de hervorming van de AWBZ zal de contractering van ZZP-ers door zorgkantoren overigens goeddeels verleden tijd zijn.

3.4.4 Controle zorgaanbieders op website-informatie over bijbetalingen

De zes concessiehouders die hun zorgaanbieders in 2011 niet actief gecontroleerd hadden op de aanwezigheid van publieksinformatie over aanvullende diensten en de bijbetalingen, hebben dit opgepakt. Zij geven alle als reactie op het informatieverzoek aan, dat zij inmiddels de zorgaanbieder actief controleren op deze informatie. Zij zullen hun bevindingen bespreken in het periodiek overleg met de zorgaanbieder. De NZa zal de voortgang hiervan toetsen in het onderzoek over het controlejaar 2013.

3.5 Doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte

3.5.1 Algemeen

In 2013 lijkt de vraag naar extramuraal zorgaanbod minder voorspelbaar dan in voorgaande jaren. De extramuralisering van de lichtere ZZP's veroorzaakt een extra vraag naar extramurale zorg, die regionaal kan verschillen. Mogelijk is extra herschikking nodig van de regionale middelen tussen intra- en extramurale zorg. De concessiehouders moeten voorkomen dat extramurale zorgaanbieders een cliëntenstop instellen bij een onverwacht snelle toeloop en te lage productieafspraken.

De NZa heeft concessiehouders gevraagd of deze hier problemen verwachten en zo ja, wat zij hiertegen ondernemen.

3.5.2 Anticiperen op extramurale zorgvraag

Nieuwe indicaties voor lagere ZZP's worden niet meer afgegeven. Alle concessiehouders hebben daarom in hun afspraken met zorgaanbieders rekening gehouden met een toename van extramurale zorg.

De snelheid waarmee de extramurale vraag toeneemt en de intramurale vraag afneemt, hangt verder af van het beleid van de concessiehouder voor mensen die nog met een lagere ZZP-indicatie op intramurale zorg wachten. De mate waarin de concessiehouder thuiszorg ook voor deze mensen stimuleert en opname nog gedooft speelt hier een rol.

Vijf concessiehouders geven expliciet aan met de intramurale zorgaanbieders een afbouwtraject voor lagere ZZP's te hebben afgesproken. Alle concessiehouders volgen via de productiemonitor in 2013 de verschuiving van intramurale zorg naar extramuraal. Zij hebben ruimte gecreëerd om op basis hiervan de afspraken met de intramurale en / of extramurale zorgaanbieders bij te stellen, tot dat deze in de herschikking per 1 november definitief worden. Debet hieraan is de slechte voorspelbaarheid van de verschuivingen in de zorgvraag.

3.6 Innovatie en kwaliteit zorgverlening

3.6.1 Algemeen

Gemeenten hebben in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) een rol bij de ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorg, het aanbieden van welzijnsvoorzieningen, en het organiseren van huishoudelijke hulp en maatschappelijk werk. Verder zijn gemeenten medeverantwoordelijk voor het onderhouden van de fysieke infrastructuur aan zorg en welzijnsvoorzieningen.

Daarnaast hebben gemeenten, vooral centrumgemeenten, de hoofdrol bij de organisatie van de maatschappelijke opvang. Zij kunnen de druk op de intra- en extramurale Geestelijke gezondheidszorg verlichten. Dat kan door goede begeleiding van cliënten, interventies ter voorkoming van huisuitzetting van cliënten en ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorg.

Concessiehouders kunnen gemeenten helpen met advies en gerichte inzet van AWBZ-zorg. Dit kan de kwaliteit van de zorg bevorderen: meer samenhangende zorg met één aanspreekpunt voor de cliënt. De NZa heeft de concessiehouders gevraagd naar de samenwerking op de deelgebieden dementiezorg en maatschappelijke opvang.

Doordat vanaf 1 januari 2013 geen indicaties meer worden afgegeven voor de lagere zorgzwaartepakketten is een zekere leegloop te verwachten van verzorgingshuizen en - op termijn - ook van gezinsvervangende tehuizen. De NZa heeft bij concessiehouders geïnformeerd naar de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg.

3.6.2 Samenwerking met gemeenten in het kader van dementiezorg en maatschappelijke opvang

Acht concessiehouders werken concreet met gemeenten samen op het gebied van vroegsignalering dementie, door huisarts, maatschappelijk werk en / of thuiszorgaanbieder. Vier concessiehouders benoemen expliciet ook de samenwerking bij mantelzorgondersteuning, bijvoorbeeld via het casemanagement. Vijf concessiehouders zeggen expliciet met gemeenten afspraken te hebben gemaakt over publieksinformatie dementie.

Er is geen eenduidig beeld. Afspraken variëren per gemeente en concessiehouder; vaak zijn er ook geen afspraken. Niet alle gemeenten benoemen dementie als specifieke aandachtsgroep. Met grote gemeenten worden vaker afspraken gemaakt, vastgelegd in een convenant. Zij beschikken ook over meer kennis. Ook kleinere gemeenten kunnen proactief zijn en actief met elkaar samenwerken, met grotere gemeenten en met het zorgkantoor. Vaker volgen kleinere gemeenten pas later.

De samenwerking met centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang staat bij vijf concessiehouders nog in de kinderschoenen.

De andere concessiehouders wijzen op grote verschillen tussen de centrumgemeenten. In de ene gemeente zijn er relatief meer dak- en thuislozen dan in de andere. Kleinere centrumgemeenten leggen meer nadruk op preventie. Los hiervan is de opvang niet in elke centrumgemeente even goed geregeld. Duidelijke doelen, bijvoorbeeld: 'realiseren van beschermd wonen voor verslaafden en/of dak en thuislozen met chronische ggz problematiek' ontbreken soms.

3.6.3 Gevolgen extramuralisering voor kwaliteit van zorg

Alle concessiehouders geven aan dat verhuizing van bewoners als gevolg van toenemende leegstand aan de orde kan zijn. Bij oude locaties of locaties die ingrijpend verbouwd moeten worden, is het risico het grootst.

Een ernstig kwaliteitsverlies van zorg komt in beeld, als een afdeling door toenemende leegstand niet leefbaar meer is en / of de personeelsinzet tekort schiet. Vier concessiehouders geven aan dat deze situatie zich inderdaad kan voordoen, maar zoveel mogelijk moet worden voorkomen. Eén concessiehouder geeft aan dat de minimale capaciteit, waarop een gebouw nog exploitabel is, niet mag worden onderschreden.

Concessiehouders willen deze situatie zoveel voorkomen, door met de zorgaanbieders de mogelijkheden voor (alternatieve) aanwending van het vastgoed te bespreken, en door goede afspraken met hen. Dit kan naar verwachting gedwongen overplaatsing van bewoners, een ultimatum remedium, niet altijd voorkomen.

3.7 Bevindingen verdiepend onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor Zorg in natura

3.7.1 Algemeen

Declaratie op cliëntniveau is een voorwaarde voor de overgang van een systeem van bevoorschotting van productieafspraken, naar een systeem van betaling van de zorgaanbieder op basis van declaraties, volgens de praktijk bij de Zorgverzekeringswet. De NZa onderzocht de mate waarin in 2012 de zorgaanbieders de declaratie op cliëntniveau via het elektronisch format juist en tijdig aanleverden.

Ook ging de NZa na in hoeverre de concessiehouders zicht hadden op de volledigheid van de declaratie. Het betreft hier de mate waarin de zorg, die op cliëntniveau gedeclareerd had moeten worden, ook als zodanig in 2012 via het elektronisch bericht AW319 gedeclareerd is. De NZa verwacht van de concessiehouder dat deze in 2013 de zorgaanbieder volledig gaat bevoorschotten op basis van de declaratie op cliëntniveau. Volledigheid van declaraties is hiervoor een noodzaak. Na de overheveling van de zorg naar de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet wordt van de zorgaanbieders niet anders verwacht.

Uit voorgaande onderzoeken bleek dat de verwerking van de indicaties van BJZ, die veelal nog op papier worden afgegeven, moeizaam verloopt. Dit is een belangrijke belemmering voor een volledige declaratie op cliëntniveau, en voor de formele controles die de concessiehouders moeten uitvoeren. De NZa heeft dit ook over 2012 onderzocht.

3.7.2 Tijdige en juiste aanlevering van declaratie op cliëntniveau

Alle concessiehouders volgden per zorgaanbieder de tijdige aanlevering (binnen de volgende declaratieperiode) van het elektronische declaratiebericht AW319. Dat geldt ook voor de juistheid van de declaratie (de mate waarin de berichten op de formele controles Vektis 6 en 7 worden goedgekeurd). De concessiehouders hebben hierover de NZa ook gerapporteerd in hun bestuurlijke verantwoording.

De uitkomsten per concessiehouder zijn slechts beperkt onderling vergelijkbaar. Hiervoor zijn de volgende redenen:

- concessiehouders stellen geen uniforme eisen aan de volledigheid van de declaraties. Zorgaanbieders dienen soms slechts voor een deel van hun cliënten declaraties op cliëntniveau in;
- concessiehouders hanteren elk verschillende foutenmarges voor een juiste declaratie per periode;
- sommige concessiehouders keurden declaraties ook af als de cliënt niet in de betreffende declaratieperiode in AZR was aangemeld, en / of als deze niet binnen de bandbreedte van de indicatie bleven.

Onderstaande tabellen, ontleend aan de verantwoordingsdocumenten van de concessiehouders over 2012, geeft dan ook slechts een globaal beeld van de tijdigheid en juistheid van de declaraties voor intramurale zorg in 2012. De gemiddelden landelijk en per concessiehouder zijn gebaseerd op de ongewogen uitkomsten van de zorgkantoorregio's.

Tabel 3.4. Percentage zorgaanbieders dat de declaratie van AW319 voor intramurale zorg in 2012 tijdig respectievelijk juist heeft ingediend

Percentage zorgaanbieders	Bovengemiddeld	Gemiddeld +/- 5%	Beneden gemiddeld
Tijdige indiening van AW319 intramuraal gedurende 2012	CZ, DSW, Zorg & Zekerheid	Trias, VGZ, Univé, Menzis	Achmea, Agis, Friesland, Salland
Juiste indiening van AW319 intramuraal over de laatste declaratieperiode van 2012	Salland, DSW, Agis, Achmea	Trias, VGZ, Univé, Friesland, Menzis, Zorg & Zekerheid	CZ

Bron: NZa

Gemiddeld heeft 90% van de zorgaanbieders de declaratie op cliëntniveau voor intramurale zorg per declaratieperiode in 2012 tijdig (binnen de eerstvolgende declaratieperiode) aangeleverd. In 2011 was dit 83%.

Gemiddeld heeft 92% van de zorgaanbieders de declaratie op cliëntniveau voor intramurale zorg over de laatste declaratieperiode in 2012 naar de maatstaven van de concessiehouder juist aangeleverd. In 2011 was dit 86%.

Tabel 3.5. Percentage zorgaanbieders dat de declaratie van AW319 voor extramurale zorg in 2012 tijdig respectievelijk juist heeft ingediend

Percentage zorgaanbieders	Bovengemiddeld	Gemiddeld +/- 5%	Beneden gemiddeld
Tijdige indiening van AW319 extramuraal gedurende 2012	CZ, DSW, Menzis	Zorg & Zekerheid, VGZ, Agis, Achmea	Trias, Salland, Friesland, Univé
Juiste indiening van AW319 extramuraal over de laatste declaratieperiode van 2012	DSW, Salland	Zorg & Zekerheid, VGZ, Agis, Friesland, Menzis, Achmea	CZ, Trias, Univé

Bron: NZa

Gemiddeld heeft 85% van de zorgaanbieders de declaratie op cliëntniveau AW319 voor extramurale zorg per declaratieperiode in 2012 tijdig (binnen de eerstvolgende declaratieperiode) aangeleverd. In 2011 was dat 71%.

Gemiddeld heeft 91% van de zorgaanbieders de declaratie op cliëntniveau AW319 voor extramurale zorg over de laatste declaratieperiode in 2012 naar de maatstaven van de concessiehouder juist aangeleverd. In 2011 was dat 73%.

3.7.3 Volledigheid van declaratie op cliëntniveau

Door de declaraties op cliëntniveau te vergelijken met de opgave van de totale productie in de productiemonitor of met de productieafspraken, kan de concessiehouder een beeld krijgen van de volledigheid van de declaratie op cliëntniveau: de mate waarin de zorg die op cliëntniveau gedeclareerd had moeten worden, ook daadwerkelijk via het elektronisch bericht AW319 gedeclareerd is.

Drie concessiehouders konden nog niet aan de hand van periodieke rapportages aannemelijk maken, dat zij een systematisch beeld hadden van de volledigheid van de declaraties.

De overige concessiehouders konden dat wel. Twee hiervan bleken het management over de voortgang van de volledigheid van de declaraties echter niet schriftelijk in te lichten. Bij drie anderen bleek expliciet dat de volledigheid van de declaratie nog te wensen overliet.

Perfekte volledigheid van declaraties is overigens nog niet te bereiken. Dat komt omdat sommige zorgprestaties nog niet op cliëntniveau kunnen worden gedeclareerd en omdat BJZ-indicaties nog steeds moeilijk te verwerken zijn.

3.7.4 Verwerking van indicaties van BJZ

Alle concessiehouders ondervinden onverminderd moeilijkheden bij de verwerking van de indicaties van de BJZ, die nog op papier gesteld zijn. De situatie is in vergelijking met 2011 nog verslechterd.

De enige concessiehouder die de BJZ-indicaties elektronisch aangeleverd kreeg via een samenwerking tussen het CIZ en het BJZ, is van deze informatiestroom inmiddels afgesloten. Hij kan daardoor de BJZ-indicaties niet meer op de gebruikelijke manier via AZR en de declaraties op cliëntniveau elektronisch verwerken. Hij zegt dat vanwege privacy-aspecten de hiervoor benodigde informatie-uitwisseling tussen het CIZ en het BJZ is beëindigd.

Slechts twee concessiehouders voeren de papieren indicaties handmatig in AZR in. De rest van het berichtenverkeer op deze indicaties, zowel in AZR als de declaratie op cliëntniveau, kan dan verder elektronisch verlopen. Dit leidt tot veel extra werk en vertraging in de afhandeling. De gegevensinvoer wordt bemoeilijkt doordat de indicaties van het BJZ geen vast format hebben.

Alle andere concessiehouders moeten de zorgtoewijzing handmatig uitvoeren. Declaratie op cliëntniveau vindt niet plaats. Bevoorschotting vindt plaats op basis van de productiemonitor van de zorgaanbieder. Concessiehouders zeggen dat zij door het BJZ vaak niet op de hoogte worden gesteld van de bovenregionale indicaties, hetgeen de onvolledigheid en vertraging van het verwerkingsproces nog in de hand werkt. Concessiehouders geven aan dat dit probleem zichzelf oplost als de jeugdzorg in zijn geheel wordt overgeheveld naar de gemeenten.

3.8 Bevindingen verdiepend onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor PGB en VPZ

3.8.1 Algemeen

Het verdiepend element aangaande de PGB zal worden opgenomen in een separaat rapport thematisch onderzoek PGB. In 2012 is de Vergoedingsregeling Persoonlijke Zorg (VPZ) geïntroduceerd. In 2013 is deze regeling weer beëindigd. Omdat er in 2012 maar weinig aanvragen voor het VPZ zijn geweest, zijn de uitkomsten PGB en VPZ samen-gevoegd.

3.8.2 Kosten PGB en openstaande saldi budgethouders

Het financieel verslag per concessiehouder geeft de kosten weer van de Regeling subsidies AWBZ (persoonsgebonden budget) over 2011 en de vorderingen op PGB-houders per ultimo 2011. Hieruit blijkt het volgende:

Tabel 3.6. Kosten PGB en openstaande saldi op PGB-houders

	2012 (x € 1.000)	2011 (x € 1.000)
Kosten subsidieregeling PGB ²⁴	2.706.983	2.560.016
Vorderingen PGB-houders	133.806	119.292
Percentage terug te vorderen	4,9%	4,7%

Bron: NZa (Financieel verslag per concessiehouder, toelichting op de balans respectievelijk de resultatenrekening 2012)

De NZa constateert het volgende:

- de kosten van de Regeling subsidies AWBZ (persoonsgebonden budget) zijn in 2012 ten opzichte van 2011 met 5,7% toegenomen. Deze ontwikkeling varieert per concessiehouder van een afname van 0,7% tot een toename van 13,2%;
- de vorderingen op PGB-houders zijn ultimo 2012 ten opzichte van 2011 met 12% toegenomen. De ontwikkeling varieert per concessiehouder van een afname van 14% tot een toename van 46%;
- het percentage terug te vorderen gelden van PGB-houders per ultimo verslagjaar 2012 ten opzichte van de kosten PGB in het verslagjaar is in 2012 met 0,2% toegenomen ten opzichte van 2011. De ontwikkeling varieert per concessiehouder van een afname van 0,8% tot een toename van 1,0%.

3.8.3 Effect informatieverzoeken

De NZa heeft in december 2012 elf concessiehouders verzocht om haar periodiek (per 15 april 2013, per 15 juli 2013 en per 15 oktober 2013) te informeren over het openstaande saldo van de vorderingen op budgethouders PGB. De ontvangen informatie is niet voorzien van een specifieke accountantscontrole. De uitgevraagde standen moeten wel aansluiten met de stand per einde periode volgens de betreffende financiële verantwoording en financiële administratie.

De ontwikkeling van de openstaande vorderingen, verdeeld naar ouderdom van de openstaande vordering, is weergegeven in tabel 3.7.

²⁴ Kosten 2011 en 2012 zijn exclusief verrekeningen voorgaande jaren.

Tabel 3.7. Ouderdom vorderingen PGB

Ouderdom vorderingen	31-12-2011		31-12-2012	
	€ (x 1.000)	%	€ (x 1.000)	%
> 3 jaar	14.325	12	17.476	13
1 jaar tot 3 jaar	59.252	48	58.654	44
0,5 jaar tot 1 jaar	21.644	18	25.165	19
< 0,5 jaar	26.561	22	31.567	24
Stand per einde periode ²⁵	121.782	100	132.863	100

Bron: NZa

In de tabel is te zien dat het totaal aantal openstaande vorderingen in 2012 ten opzichte van 2011 sterk is gestegen. Deze stijgende trend in het totaal aantal openstaande vorderingen zet zich in 2013 onverminderd door.

In tabel 3.8 wordt inzicht gegeven in de opbouw van de mutaties tussen de uitgevraagde perioden. De verschillende mutaties zijn vanaf 2012 sterk gestegen. Dit wordt grotendeels veroorzaakt doordat per 2012 de eindafrekeningen over het voorgaande jaar niet meer verrekend worden met lopende voorschotten, maar als nieuwe vordering worden opgenomen. Dit heeft niet alleen effect op de nieuwe vorderingen, maar ook op de betalingen en afboekingen binnen een jaar.

Tabel 3.8. Verloopoverzicht stand vorderingen

Verloopoverzicht stand vorderingen op budgethouders PGB	2011	2012
	€ (x 1.000)	€ (x 1.000)
Stand per begin periode	124.387	121.782
Mutatie door nieuwe vorderingen (+/+)	198.184	289.714
Mutatie door betalingen (-/-)	-/- 173.637	-/- 243.110
Mutatie door afboekingen (-/-)	-/- 8.280	-/- 21.440
Mutatie door overige mutaties (-/-)	-/- 18.873	-/- 14.082
Stand per einde periode	121.782	132.863

Bron: NZa

Een verdere verdieping van de nieuwe vorderingen is weergegeven in tabel 3.9. Deze specificatie is gebaseerd op drie concessiehouders die gezamenlijk circa 40% vertegenwoordigen van het totaal aan openstaande vorderingen. Een verdeling over alle concessiehouders was niet mogelijk, omdat niet alle concessiehouders in staat zijn om een dergelijke verdeling te maken of omdat de voorgeschreven categorieën niet voldoende uitputtend zijn. De tabel geeft wel een indruk van de reden van ontstaan van de vordering. De toename van de terugvordering naar aanleiding van controles vindt de NZa een positief signaal.

²⁵ Eindsaldi ultimo 2011 en 2012 sluiten niet geheel aan op tabel 3.6. Dit komt omdat de cijfers in tabel 3.7 gebaseerd zijn op de gegevens die door de concessiehouders in het kader van de informatieverzoeken zijn aangeleverd. Deze gegevens verschillen bij enkele concessiehouders ten opzichte van de cijfers in het financieel verslag.

Tabel 3.9. Specificatie nieuwe vorderingen

Inschatting procentuele verdeling mutatie door nieuwe vorderingen	2011	2012	Q1 2013	Q2 2013
	Procentuele inschatting	Procentuele inschatting	Procentuele inschatting	Procentuele inschatting
Mutatie door beëindiging budget (+/+)	27%	21%	25%	17%
Mutatie door onderbesteding (+/+)	66%	73%	69%	62%
Mutatie door terugvordering (naar aanleiding van controles) (+/+)	7%	6%	6%	21%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa

Tabel 3.10 geeft de onderverdeling weer van de vorderingen die moeilijk inbaar zijn. Het saldo van vorderingen dat aan een incassobureau of deurwaarder is overgedragen neemt over de gehele periode toe. Wanneer deze vorderingen in verhouding gezien worden tot de vorderingen die langer dan een jaar openstaan, dan blijkt dat deze verhouding vrij constant is. Hieruit blijkt dat het innen van vorderingen op budgethouders PGB onverminderd problematisch blijft. De vorderingen waarover een terugbetalingsregeling is afgesproken, zijn in het laatste kwartaal fors toegenomen. Dat komt vooral door de nieuwe vorderingen waar regelingen over afgesproken worden.

Tabel 3.10. Specificatie moeilijk inbare vorderingen ten opzichte van totaal openstaande vorderingen

Specifieke onderdelen vorderingen op budgethouders PGB	31-12-2011		31-12-2012		31-3-2013		30-6-2013	
	€ (x 1.000)	%	€ (x 1.000)	%	€ (x 1.000)	%	€ (x 1.000)	%
Totaal saldo lopende dossiers van openstaande vorderingen bij incassobureaus/deurwaarders	58.158	48	70.432	53	72.625	38	75.285	42
Totaal saldo van openstaande vorderingen met een terugbetalingsregeling	12.401	10	12.192	9	13.699	7	25.074	9

Bron: NZa

In tabel 3.11 is voor de jaren 2011 en 2012 te zien wat de omvang is van het lopende onderzoeken, waarbij een vermoeden bestaat van fraude en daarnaast wat de definitieve vastgestelde fraude is.²⁶ De toename van de bedragen geeft de aandacht weer die de concessiehouders voor dit onderwerp hebben. Het valt op dat het bedrag aan definitief vastgestelde fraude 2012 hoger is dan wat het Centrum fraudebeheersing Zorgverzekeraars Nederland meldt over 2012 aan totale AWBZ-zorgfraude, namelijk een totaal bedrag van circa € 2,2 miljoen (zie paragraaf 2.13.5). Hiermee kan worden vastgesteld dat niet alle fraudezaken worden doorgegeven aan het Centrum Fraudebeheersing van Zorgverzekeraars Nederland.

²⁶ De kleinere concessiehouders lijken meer werk te maken van fraudeonderzoek dan de grotere.

Tabel 3.11. (Vermoeden van) fraude PGB

(Vermoeden van) Fraude	31-12-2011	31-12-2012
	€ (x 1.000)	€ (x 1.000)
Totaal saldo definitief vastgestelde fraude	2.126	2.414
Totaal saldo vermoeden van fraude/lopend fraudeonderzoek	7.244	10.521

Bron: NZa

In onderstaande tabel 3.12 is te zien dat het aantal budgethouders over de periode ultimo 2011 tot en met 30 juni 2013 een daling laat zien van circa 14%. De relatie met het totaal aan openstaande vorderingen is niet goed te maken. Wanneer iemand per 30 juni 2013 geen budgethouder meer is, kan hij immers nog wel uitstaande vorderingen hebben.

Tabel 3.12. Aantal budgethouders

Overige kengetallen	31-12-2011	31-12-2012	31-3-2013	30-6-2013
	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal
Aantal budgethouders	140.562	129.969	121.230	121.176

Bron: NZa

Vervolg

De NZa vindt de toename van de vorderingen die langer dan een jaar openstaan op zich een zorgelijke ontwikkeling. Ondanks deze ontwikkeling wordt opgemerkt dat de concessiehouders volop aandacht hebben voor de openstaande vorderingen PGB. Het is positief om te zien dat er meer betalingsregelingen worden afgesproken, dat er meer controles worden uitgevoerd en dat er bovenop wordt gezeten om de vorderingen geïnd te krijgen. Een stijging in de openstaande vorderingen ligt in het algemeen in lijn met de stijging van het totale beschikbare budget en het budget per cliënt. Het onderwerp 'uitstaande PGB-vorderingen' heeft al geleid tot toevoeging van een incassoprotocol aan het controleprotocol PGB-AWBZ.

De NZa zal de concessiehouders vragen haar periodiek te informeren over openstaande saldi PGB met als doel deze te verlagen.

3.8.4 Uitvoering vergoedingsregeling VPZ

De concessiehouders ervaren in het algemeen weinig problemen bij de uitvoering van de administratie voor de VPZ. De concessiehouders hebben maar weinig aanvragen voor het VPZ gekregen en de regeling is in 2013 afgeschaft.

3.9 Bevindingen verdiepend onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening**3.9.1 Algemeen**

De NZa heeft van de IGZ het signaal ontvangen dat discontinuïteit ook kan voortvloeien uit het samengaan van 'financieel zwakkere' zorgaanbieders. Een voorbeeld is de Stichting Zonnehuizen.

De NZa heeft concessiehouders gevraagd of zij de vermogenspositie van de fusiepartners betreft in het beoordelen van een voorgenomen fusie, en of dit aanleiding was tot vervolgacties.

Doordat vanaf 1 januari 2013 geen indicaties meer worden afgegeven voor de lagere zorgzwaartepakketten is een zekere leegloop te verwachten van verzorgingshuizen en - op termijn – ook van gezinsvervangende tehuizen. Intramurale zorgaanbieders kunnen door deze extramuralisering in financiële moeilijkheden komen.

De NZa vereist dat de concessiehouder over een 'plan B' beschikt voor acute situaties. Dit is een op maat toegesneden actieplan om zijn zorgplicht naar de cliënten van de betreffende zorgaanbieder te garanderen. De NZa heeft de concessiehouders gevraagd of zij in dit 'plan B' rekening houdt met de mogelijke gevolgen van de extramuralisering.

Verder heeft de NZa bij concessiehouders geïnformeerd naar de gevolgen van de extramuralisering voor de continuïteit van zorg in het algemeen, en hoe zij zich hierop voorbereiden.

3.9.2 Beoordeling van vermogenspositie van fusiepartners

Concessiehouders hebben in verschillende mate met financieel zwakke fusies te maken gehad. Alle concessiehouders betrekken de eigen vermogenspositie van de fusiepartners bij het beoordelen van een voorgenomen fusie.

De concessiehouders geven in het algemeen aan hierbij niet alleen te letten op de vermogenspositie van de partners vóór het aangaan van de fusie, maar een bredere financiële analyse te maken. Concessiehouders geven verschillende accenten aan: beoordeling van de gevolgen voor de vermogenspositie op de langere termijn, beoordeling van de due diligence van de accountant, beloning van bestuurders en liquiditeit.

Twee concessiehouders noemen concrete voorbeelden van fusies uit het recente verleden, waarbij financieel zwakke partners betrokken waren. Eén van deze concessiehouders zegt de sanering van de bedrijfsvoering en de zorgverlening te volgen. De andere beschouwt het opzeggen van het contract als het ultieme drukmiddel. Dit is juridisch echter niet gemakkelijk te realiseren.

3.9.3 Extramuralisering en 'plan B'

De concessiehouders trachten grip te krijgen op de mogelijke gevolgen van de extramuralisering voor de continuïteit van de intramurale zorg, maar betrekken dit in het algemeen nog niet in een noodplan voor acute situaties. De consequenties zijn hen nog onvoldoende helder, maar dat ontheft hen niet van hun verantwoordelijkheid.

Concessiehouders leggen vooral nadruk op het monitoren van de gevolgen en van mogelijke continuïteitsproblemen bijvoorbeeld via de productiegegevens en ramingen. Zij overleggen hierover met de zorgaanbieders, hoe zij dit inschatten en hun mogelijke vervolgacties.

Volgens enkele concessiehouders is niet alleen de continuïteit van zorg in het algemeen in het geding, maar ook de continuïteit van zorg aan de individuele cliënt. Loopt deze gevaar, dan kan dit leiden tot gedwongen verhuizingen van bewoners. Zij benadrukken dat overplaatsingen alleen kunnen gebeuren in goed overleg met de cliënten en hun mantelzorgers.

3.9.4 Gevolgen extramuralisering voor continuïteit van zorg

Concessiehouders zijn gevraagd naar hun inschatting van mogelijke continuïteitsproblemen bij verzorgingstehuizen en gezinsvervangende tehuizen voor verstandelijk gehandicapten. De extramuralisering kan leiden tot leegloop van intramurale zorgaanbieders en daarmee tot onvoldoende dekking van exploitatiekosten, waaronder die van het vastgoed.

3.9.4.1 Te verwachten gevolgen

Aan de hand van hun analyses en gesprekken met zorgaanbieders hebben concessiehouders een algemeen beeld van de toekomstige vraag naar zwaardere intramurale zorg, en de afbouw van lichtere intramurale zorg. Ook onderkennen zij de problemen die huurcontracten en leegstand met zich meebrengen. De termijn waarop problemen zich voordoen, wordt door concessiehouders verschillend ingeschat.

Concessiehouders hebben in het algemeen zicht op welk type zorgaanbieders hard getroffen wordt. Kleine omvang, hoog aandeel plaatsen met lage zorgzwaarte, slechte vermogenspositie en verouderd vastgoed met weinig alternatieve aanwendingsmogelijkheden zijn risicofactoren. Enkele concessiehouders benoemen de Gehandicaptenzorg als risicosector omdat de uitstroom van cliënten daar laag is. Kennelijk houden de financiële taakstellingen hiermee onvoldoende rekening.

Een concessiehouder zegt dat een tijdige aanvang van de reorganisatie erger kan voorkomen.

Slechts drie concessiehouders hebben enig zicht op het beleid van de banken en woningcorporaties. Deze concessiehouders zeggen dat banken terughoudend zijn met de financiering van ver- en nieuwbouw. Corporaties lijken geen middelen te hebben om de extramuralisering te ondersteunen met (nieuwe) huurwoningen voor ouderen en zijn terughoudend bij het wijzigen van bestaande huurovereenkomsten.

3.9.4.2 Vastgoedproblematiek

Vijf concessiehouders zeggen dat zorgaanbieders al hebben aangegeven met boekwaardeproblemen te kampen. Drie andere concessiehouders verwachten dergelijke meldingen ook te gaan krijgen.

Twee concessiehouders verwachten dat veel zorgaanbieders Verzorging en Verpleging op korte termijn hun financiële reserves aan moeten spreken. Zorgaanbieders die onvoldoende financiële reserves hebben, beraden zich over beëindiging van de activiteiten (hetzij via overname van zorg door anderen, hetzij via een sterfhuisconstructie). Deze concessiehouders verwachten overigens geen problemen bij het vervullen van hun zorgplicht, anders dan frictie in het aanbod.

De meeste concessiehouders praten met zorgaanbieders over mogelijke alternatieve aanwendingsmogelijkheden van het vastgoed. Enkele concessiehouders hebben hiervan inmiddels een beeld. Verbouw om capaciteit om te zetten in zwaardere zorg, of in appartementen waarin extramurale zorgverlening kan worden geboden. Het zorgkantoor kan hierin via afspraken ook sturen. Soms kan ook besloten worden tot beëindiging van de huur of tot afstoting. Twee concessiehouders geven aan dat de omzetting van zorgvastgoed in appartementen voor rechtstreekse verhuur aan de cliënt gefrustreerd wordt.

Zij wijzen op de gemeentelijke bestemmingsplannen en de passieve houding van het College Sanering.

Twee concessiehouders zijn niet met zorgaanbieders in gesprek over het vastgoed. Zij vinden dat zij nog te weinig inzicht hebben in de actuele boekwaardeproblematiek respectievelijk het overheidsbeleid.

Concessiehouders vinden dat het EWS niet is toegerust om tijdig de gevolgen van de extramuralisering te signaleren. Zij vullen dit aan met eigen indicatoren, of met andere analyses.

3.9.4.3 Visie van concessiehouder op extramuralisering

Twee concessiehouders streven naar toekomstbestendige zorgaanbieders waarbij de continuïteit van zorg geborgd wordt, hetzij door afslanking van de eigen intramurale organisatie en uitbreiding van de extramurale zorg, hetzij door overdracht van aanspraken naar andere zorgaanbieders. Een derde concessiehouder probeert zoveel mogelijk kapitaalsvernietiging te voorkomen van vastgoed, dat ook op een toekomstige zorgvraag berekend is.

De overige concessiehouders zeggen eveneens een visie te hebben uitgewerkt over de extramuralisering, en verwijzen hiervoor naar hun inkoopbeleid, beleidsdocumenten of website. Onderdeel van de visie vormen ramingen op basis van demografische gegevens, verwachte uitstroom en gegevens van zorgaanbieders.

De meeste concessiehouders zeggen op basis van die ramingen ook tenminste een eerste globale inschatting te maken van de verwachte intramurale capaciteit, na extramuralisering. Twee concessiehouders zeggen dit niet te kunnen, omdat goede normen hiervoor ontbreken.

De meeste concessiehouders hebben de extramuralisering van het zorgzwaartepakket 4 nog niet meegenomen in hun algemene visie op de extramuralisering. Tenminste zeven concessiehouders hebben deze al wel betrokken in hun ramingen of vormen zich hiervan een beeld in gesprek met zorgaanbieders.

4. Rechtmatigheid concessiehouders en AWBZ-verzekeraars

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de onrechtmatige ontvangsten en uitgaven (baten / lasten) en van de onzekerheden over de rechtmatigheid van ontvangsten en uitgaven (baten / lasten) die de NZa bij het onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ over 2012 heeft geconstateerd. De NZa merkt een post als 'onrechtmatig' aan wanneer uit haar onderzoek is gebleken dat een (gedeelte van de) post niet in overeenstemming is met de voorschriften van de AWBZ. Van een onzekerheid over de rechtmatigheid van een post is sprake wanneer er onvoldoende informatie beschikbaar is om een – gedeelte van de – post als rechtmatig of onrechtmatig aan te merken.

4.2 Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven concessiehouders

4.2.1 Algemeen

Paragraaf 4.2.4 gaat in op de rechtmatigheid van ontvangsten en uitgaven. De omvang en het verloop van de wettelijke reserve en beheerskosten AWBZ en de rechtmatigheid van de beheerskosten AWBZ komen in paragraaf 4.2.5 aan de orde.

4.2.2 Opvolging onderzoek 2011

De NZa heeft vastgesteld dat bij bijna alle concessiehouders het onderzoek over 2011 is afgedaan. De concessiehouders hebben waar nodig de aan te brengen correcties aangebracht en / of onzekerheden uitgezocht. Alleen bij Achmea Zorgkantoor N.V. is het onderzoek over 2011 nog niet geheel afgedaan. Deze concessiehouder moest aantonen dat de kosten hulpmiddelen 2006-2011 ad € 8.500.000 zijn gemaakt en niet eerder zijn gedeclareerd. Het onderzoek naar de rechtmatigheid van deze kosten loopt nog waardoor het voorbehoud nog niet is afgedaan.

4.2.3 Betrouwbaarheid en nauwkeurigheid

Om te kunnen vaststellen of aan de financiële rechtmatigheidseisen is voldaan, is bij de controle van de financiële verantwoordingen van de concessiehouders uitgegaan van de volgende goedkeuringstoleranties:

Tabel 4.1. Goedkeuringstoleranties

Controledeelgebied	Tolerantie
Bruto schaden AWBZ – uitgaven	1% van de totale bruto schaden AWBZ
Bruto schaden AWBZ – balanspost	Goedkeuringstolerantie getrouwheid
Bedrijfsopbrengsten – ontvangsten	1% van de som der bedrijfsopbrengsten
Bedrijfsopbrengsten – balanspost	Goedkeuringstolerantie getrouwheid
Beheerskosten AWBZ	Goedkeuringstolerantie getrouwheid voor de post de beheerskosten AWBZ

Bron: Model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2012

Om de mate te kunnen bepalen waarin de rechtmatigheid is gewaarborgd, is uitgegaan van de hieronder opgenomen normen. Deze normen zijn gebaseerd op de normen voor departementale audit-diensten.

Tabel 4.2. Uitspraak over de mate waarin rechtmatigheid is gewaarborgd

	Rechtmatigheid is gewaarborgd	Rechtmatigheid met beperking		Geen oordeel over rechtmatigheid	Rechtmatigheid niet gewaarborgd
		> 1%	≤ 3%		
Fouten in de verantwoording	≤ 1%	> 1%	≤ 3%	-	> 3%
Onzekerheden in de verantwoording	≤ 3%	> 3%	≤ 10%	> 10%	-
Soort controleverklaring	Goedkeurend	Met beperking		Oordeelonthouding	Afkeurend

Bron: Model Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2012

De *rechtmatigheid* van een post is gewaarborgd als met een betrouwbaarheid van 95% de bewering juist is dat de financiële verantwoording geen grotere fout bevat dan de genoemde goedkeurings-tolerantie.

4.2.4 Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2012

De externe accountants hebben bij de financiële verantwoordingen van alle concessiehouders een goedkeurende controleverklaring verstrekt.

De externe accountants hebben de rechtmatigheid van de bedrijfsopbrengsten AWBZ en de schaden AWBZ op toereikende wijze vastgesteld.

De NZa concludeert op basis van een review van de werkzaamheden van de externe accountants dat de bedrijfsopbrengsten AWBZ exclusief subsidies (€ 25.032.637.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 24.892.616.000) over 2012 met inachtneming van de tolerantie-eisen en de door de NZa geconstateerde onrechtmatigheden en onzekerheden over de rechtmatigheid (zie paragrafen 4.2.4.1. en 4.2.4.2), rechtmatig zijn.

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

4.2.4.1 Onrechtmatigheden in de verantwoording

De NZa heeft in 2012 bij twee concessiehouders onrechtmatige schaden AWBZ geconstateerd (zie ook bijlage 2). Het totaalbedrag aan onrechtmatigheden bedraagt € 131.300 (0,0005% van het totaal van de schaden AWBZ).

De geconstateerde onrechtmatigheden betreffen onrechtmatige schaden die geconstateerd zijn bij het uitvoeren van materiële controles bij zorgaanbieders. De twee concessiehouders (CZ Zorgkantoor B.V. en Salland Zorgkantoor B.V.), waar onrechtmatigheden zijn geconstateerd, moeten de geconstateerde onrechtmatige schaden corrigeren in de financiële verantwoording over 2013. Deze concessiehouders moeten zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2013. De NZa zal bij haar onderzoek over 2013 nagaan of de correcties daadwerkelijk zijn uitgevoerd door de concessiehouders.

4.2.4.2 Onzekerheden in de verantwoording

De NZa heeft bij zes concessiehouders onzekerheden over de rechtmatigheid vastgesteld (zie ook bijlage 2). Het totaalbedrag aan te kwantificeren onzekerheden over de rechtmatigheid bedraagt € 4.235.300 (0,017% van het totaal van de schaden AWBZ).

Bij CZ Zorgkantoor B.V. is een onzekerheid geconstateerd over een post van € 3.013.000 waarbij wordt vermoed dat de door een zorginstelling gedeclareerde zorg niet voldoet aan de gestelde eisen. Bij OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. is een zelfde soort onzekerheid geconstateerd voor een bedrag van € 237.000. Hierbij betreft het twee instellingen.

Verder is er bij Zorgkantoor Friesland B.V. een bedrag aan onzekerheden geconstateerd van in totaal € 985.000 dat betrekking heeft op onzekerheden die zijn geconstateerd bij het uitvoeren van de materiële controles bij zorgaanbieders.

Bij drie concessiehouders (Trias Zorgkantoor B.V., Univé Zorgkantoor B.V. en VGZ Zorgkantoor B.V.) bestaat er nog onzekerheid over de rechtmatigheid over lopende zaken die in behandeling zijn bij de afdeling Speciale Zaken. De financiële impact van deze zaken is onzeker en kan nog niet worden gespecificeerd.

De NZa schort haar oordeel over alle genoemde onzekerheden op. Desbetreffende concessiehouders moeten in 2013 nader onderzoek doen naar de geconstateerde onzekerheden en waar nodig correcties doorvoeren. Deze concessiehouders moeten zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2013. De NZa zal bij haar onderzoek over 2013 beoordelen of de concessiehouders er in zijn geslaagd de onzekerheden af te doen.

4.2.4.3 Overige opmerkingen

Concessiehouder Zorgkantoor Friesland B.V. heeft in de eerste versie van de financiële verantwoording een balanspost 2011 ten onrechte niet teruggedraaid. In de eerste versie van de financiële verantwoording waren hierdoor de schaden AWBZ voorgaande jaren en de bijdragen CVZ € 23.487.000 te hoog verantwoord. De concessiehouder heeft, aangezien de fout de tolerantie van 1% overschrijdt, een herziene financiële verantwoording inclusief nieuwe controleverklaring aangeleverd waarin deze fout is gecorrigeerd.

Verder merkt de NZa op dat er een aansluitverschil is geconstateerd tussen de verschillende administraties van Achmea Zorgkantoor N.V. die betrekking heeft op bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ van oudere jaren van € 11 mln. Hierover is door de concessiehouder overleg gevoerd met het CVZ. Achmea Zorgkantoor N.V. en de concessiehouder zijn het in deze fase niet eens over de verwerkingswijze. CVZ heeft aangegeven dat de post verantwoord dient te worden in de rekening-courantpositie met het AFBZ. In de financiële verantwoording is de door het CVZ voorgestelde verwerkingswijze gevolgd door de concessiehouder.

4.2.5 Wettelijke reserve en beheerskosten AWBZ

4.2.5.1 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, maar spelen wel een rol bij de rechtmatige uitvoering van de AWBZ.

4.2.5.2 Bevindingen 2012

In tabel 4.3 zijn het totale budget beheerskosten, de gerealiseerde beheerskosten en het behaalde budgetresultaat van de concessiehouders over 2012 en 2011 weergegeven.

Tabel 4.3. Totale beheerskosten, budget en budgetresultaat

	2012 (x € 1.000)	2011 (x € 1.000)
Budget beheerskosten ²⁷	162.550	155.483
Beheerskosten ²⁸	154.223	167.110
Budgetresultaat	8.327	-/- 11.627

Bron: Financiële verantwoordingen 2012 en 2011 van de concessiehouders.

Het totale budget beheerskosten van de concessiehouders is € 162.550.000 (2011: € 155.483.000).

De totale beheerskosten van de concessiehouders bedroegen in 2012 € 154.223.000 ten opzichte van € 167.110.000 in 2011. Dit betekent een daling van de beheerskosten ten opzichte van 2011 van 7,7%.

De NZa concludeert op basis van een review van de werkzaamheden van de externe accountants dat de in de financiële verantwoordingen van de concessiehouders opgenomen beheerskosten over 2012 van € 154.223.000 rechtmatig zijn met uitzondering van de beheerskosten voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden. Dit betreft een onzekerheid.

²⁷ Voor de jaren 2011 en 2012 is onder het 'budget beheerskosten' het macrobedrag beheerskosten opgenomen. Als gevolg van het hanteren van verschillende presentatiewijzen van het budget beheerskosten in de financiële verantwoordingen kan het bedrag afwijken van het opgenomen bedrag in de financiële verantwoording van de concessiehouder. De aansluiting tussen de bedragen is opgenomen in de individuele rapporten.

²⁸ De 'beheerskosten' bestaan uit de beheerskosten inclusief de mutatie op de voorzieningen en de afschrijvingen boekjaar. Het bedrag is ontleend aan de financiële verantwoordingen van de concessiehouders. In de financiële verantwoordingen zijn de ex ante beschikkingen opgenomen (waarop enkele concessiehouders kleine correcties hebben geboekt).

Hierover dient door enkele concessiehouders nog een separate verantwoording inclusief controleverklaring verstrekt te worden aan het CVZ.

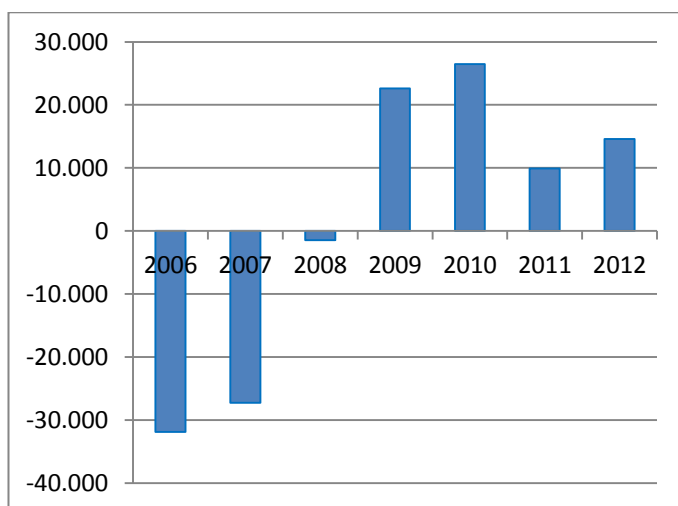
Het totale budgetresultaat van alle concessiehouders over 2012 bedraagt positief € 8.327.000 (2011: negatief € 11.627.000). In bijlage 2 zijn de budgetresultaten voor alle concessiehouders opgenomen.

In bijlage 2 is het verhoudingsgetal 'totaal van de beheerskosten 2012 ten opzichte van het totaal van de schaden AWBZ 2012' opgenomen. Evenals in voorgaande jaren bestaan er grote verschillen tussen de percentages. In het algemeen ligt het percentage bij de kleine concessiehouders hoger. Onder kleine concessiehouders verstaat de NZa in dit verband concessiehouders met een beperkt aantal zorgkantoren. Bij de grote concessiehouders treden schaalvoordelen op waardoor de beheerskosten ten opzichte van het totaal van de schaden relatief lager zijn.

Wettelijke reserve AWBZ

In Staafdiagram 1 is de ontwikkeling van de wettelijke reserve AWBZ vanaf 2006 weergegeven.

Staafdiagram 1: Ontwikkeling omvang wettelijke reserve AWBZ 2006 tot en met 2012 (ultimo jaar)



Bedragen x € 1.000

Bron: Financiële verantwoordingen van de concessiehouders

Stand van de wettelijke reserves

Ultimo 2012 is de totale stand van de wettelijke reserves AWBZ € 14.586.000. Dit is een stijging van 47% in vergelijking met ultimo 2011.

De NZa merkt op dat ultimo 2012 vijf concessiehouders een negatieve wettelijke reserve AWBZ hebben (ultimo 2011 waren dat er drie, zie tabel 4.4). Dit betekent dat bijna de helft van de concessiehouders ultimo 2012 een negatieve reserve heeft. Omdat de continuïteit van een concessiehouder in gevaar kan komen bij een oplopende negatieve reserve AWBZ, hecht de NZa grote waarde aan een positieve reserve.

De NZa zal bij de betreffende concessiehouders maatregelen treffen. Dit tot doel de negatieve wettelijke reserve AWBZ om te buigen in een positieve reserve.

Tabel 4.4. Overzicht aantal concessiehouders met een positieve of negatieve reserve AWBZ

	2012	2011	2010
Aantal concessiehouders met een positieve reserve AWBZ	6	8	10
Aantal concessiehouders met een negatieve reserve AWBZ	5	3	1

Bron: Financiële verantwoordingen van de concessiehouders

Artikel 4.6 van het besluit Wet Financiering sociale verzekering bepaalt dat de reserve uitvoering AWBZ ultimo enig jaar voor concessiehouders maximaal 20% mag bedragen van het beheerskostenbudget voor dat jaar. Als het CVZ vaststelt dat de wettelijke reserve AWBZ het gestelde maximum te boven gaat, moet de concessiehouder het bedrag van de overschrijding dat het CVZ heeft vastgesteld binnen vier weken terugstorten in het AFBZ. De NZa heeft geconstateerd dat er ultimo 2012 geen enkele concessiehouder over een wettelijke reserve AWBZ beschikt die het maximum van 20% van het beheerskostenbudget te boven gaat. Hierbij moet worden opgemerkt dat één concessiehouder ultimo 2012 een bedrag van exact 20% van het beheerskostenbudget in de Financiële verantwoording heeft opgenomen. Deze concessiehouder heeft het bedrag dat boven de grens van 20% uitkomt als schuld aan het AFBZ in de Financiële verantwoording opgenomen.

De door de meeste concessiehouders toegerekende rendementen aan de wettelijke reserve AWBZ zijn acceptabel.

Rendement op tijdelijk overtollige middelen PGB

In 2012 is de rendementstoerekening PGB bij de concessiehouders op een juiste manier gebeurd.

4.3 Rechtmatigheid uitgaven / lasten AWBZ-verzekeraars

4.3.1 Inleiding

De NZa heeft de rechtmatigheid van de uitgaven / lasten van de AWBZ-verzekeraars over 2012 beoordeeld. Hierbij zijn twee deelgebieden te onderscheiden:

- de kosten bij wonen en tijdelijk verblijf in het buitenland en de aan verzekerden opgelegde eigen bijdragen. Deze kosten worden door de AWBZ-verzekeraar bij het CVZ in rekening gebracht via een jaarstaat;
- de kosten voor verzekerden verpleegd in ziekenhuizen (niet zijnde psychiatrie) en in revalidatiecentra na 365 dagen ononderbroken opname. Deze kosten worden door de AWBZ-verzekeraar bij het CAK in rekening gebracht via een apart declaratieformulier (BZ/7).

De jaarstaat en het declaratieformulier BZ/7 vallen niet onder het regime van de accountantsverklaring. De NZa voert zelfstandig onderzoek uit naar de jaarstaat en naar de kosten die bij het CAK in rekening zijn gebracht door de AWBZ-verzekeraar. In dit hoofdstuk geeft de NZa de bevindingen en conclusies van dit onderzoek weer.

4.3.2 Rechtmatigheid uitgaven / lasten 2012

De NZa constateert dat de in de jaarstaten 2012 opgenomen lasten van € 10.587.000 rechtmatig zijn.

4.3.3 Onrechtmatige uitgaven / lasten 2012

De NZa heeft over 2012 geen onrechtmatige uitgaven/lasten geconstateerd bij de AWBZ-verzekeraars.

4.3.4 Onzekerheden over de rechtmatigheid 2012

De NZa heeft over 2012 geen onzekerheden geconstateerd over de rechtmatigheid bij de AWBZ-verzekeraars.

4.3.5 Opvolging vorig onderzoek

Het onderzoek over 2011 kan als afgedaan worden beschouwd.

5. Uitvoering AWBZ door het CAK

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de NZa de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ door het CAK weer.

5.2 Uitvoering AWBZ in 2012

5.2.1 De uitvoering 2012: ontwikkelingen

In 2010 is er een traject gestart om het CAK om te vormen naar een ZBO. De omvorming naar een ZBO is gerealiseerd per 1 januari 2013.

Hierop vooruitlopend heeft de bekostiging van de beheerskosten van het CAK in 2012 al plaatsgevonden door VWS. Vanaf het verslagjaar 2012 houdt VWS toezicht op de verantwoording van de beheerskosten. Het ministerie van VWS neemt het oordeel hierover mee bij de vaststelling van de Wtcg geldstromen en beheerskosten van het CAK over 2012.

Tijdens het vorige onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat het CAK het proces Administratieve organisatie en interne beheersing op onvoldoende wijze heeft uitgevoerd. De NZa kwam tot dit oordeel mede vanwege het feit dat meerdere verbeterpunten al een aantal jaren niet zijn opgevolgd, de administratieve organisatie en interne beheersing voor een organisatie als het CAK van cruciaal belang is en het tempo van de vooruitgang te laag wordt bevonden.

Tijdens het onderzoek over 2012 heeft de NZa geconstateerd dat dit proces verbeterd is op meerdere toetsingspunten. Hierdoor is het oordeel over 2012 net voldoende. Wel kent het proces nog een behoorlijk aantal verbeterpunten.

Verder heeft het CAK de processen Eigen bijdragen Zorg zonder verblijf, Wmo en Zorg met verblijf, evenals in 2011, op voldoende wijze uitgevoerd. De processen ten aanzien van de eigen bijdragen kennen nog meerdere verbeterpunten.

Het CAK heeft de processen Klachtenbehandeling, Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik, Betalingen van zorgaanspraken AWBZ en Interest Geldmiddelen AFBZ op een goede wijze uitgevoerd. De NZa merkt hierbij op dat het proces Klachtenbehandeling verbeterd is in vergelijking met 2011 (toen was de score voldoende). De overige drie processen die over 2012 goed scoren, scoorden ook over 2011 goed.

De NZa constateert dat het CAK de wettelijke taken in 2012 in totaliteit op voldoende wijze heeft uitgevoerd.

De NZa heeft de verbeterpunten met het management van het CAK besproken.

5.2.2 Verdiepend onderzoek naar tijdigheid eigen bijdrage proces Zorg met Verblijf

De NZa heeft de doorlooptijden van het eigen bijdrageproces onderzocht aan de hand van de door het CAK periodiek gepubliceerde ketenmonitor.

De doorlooptijden van het eigen bijdrageproces zijn voor het CAK slechts ten dele beïnvloedbaar. De tijdigheid van de eerste processtap, vanaf de aanvang van de intramurale zorg tot aan de Melding Aanvang Zorg (MAZ) aan het CAK is een verantwoordelijkheid van het zorgkantoor. Hetzelfde geldt voor de eerste stap van de beëindiging van het eigen bijdrageproces, vanaf de beëindiging van de zorgverlening tot aan de Melding Einde Zorg (MEZ) aan het CAK door het zorgkantoor.

Het CAK is wel verantwoordelijk voor de tijdigheid van de vervolgstappen. Dit geldt voor de verdere opstart van het proces, vanaf de MAZ tot aan de eerste facturering van de eigen bijdrage aan de cliënt. En voor de beëindiging van het proces, vanaf de MEZ tot aan de eindfactuur aan de cliënt.

Tabel 5.1. Doorlooptijd van aanvang eigen bijdrage proces ZmV in dagen

Aanvang zorg	2010	2011	2012	jan-jun 2013
Eerste stap: MAZ	15,3	13,6	10,0	9,7
Vervolgstappen	50,4	63,3	66,9	71,5
Totaal	65,8	76,8	76,9	81,2

Bron: CAK Ketenmonitor Eigen Bijdrage 2010, 2011, 2012 en 2013

De uitkomsten laten zien dat de doorlooptijd van de vervolgstappen voor de aanvang van de eigen bijdrageheffing is toegenomen van 50,4 dagen in 2010 tot 71,5 dagen in de eerste helft van 2013. Alhoewel het slechts om een globale benadering gaat, is het beeld duidelijk. De gemiddelde afhandeltijd van het CAK vanaf de ontvangst van de MAZ tot de eerste facturatie stijgt steeds verder uit boven de door de NZa gehanteerde norm van 56 dagen, waarbinnen 98% gefactureerd moet zijn.

De doorlooptijden van de eerste stap, de MAZ, dalen van 15,3 dagen in 2010 tot 9,7 dagen in de eerste helft van 2013. Dat is echter nog steeds ruim boven de door ketenpartners gehanteerde norm van vier dagen. Er blijken aanzienlijke verschillen tussen concessiehouders in doorlooptijden.

Tabel 5.2. Doorlooptijd van beëindiging eigen bijdrageproces ZmV in dagen

Aanvang zorg	2010	2011	2012	jan-jun 2013
Eerste stap: MEZ	43,3	28,9	23,1	22,2
Vervolgstappen	37,9	46,8	49,7	50,2
Totaal	81,2	75,7	72,8	72,3

Bron: CAK Ketenmonitor Eigen Bijdrage 2010, 2011, 2012 en 2013

De uitkomsten tonen een stijging van de duur van de vervolgstappen door het CAK voor de beëindiging van de eigen bijdrageheffing, van 37,9 dagen in 2010 tot 50,2 dagen in de eerste helft van 2013.

De doorlooptijden van de eerste stap, de MEZ, zijn gedaald van 43,3 dagen in 2010 tot 22,2 dagen in 2011. Dat is echter nog steeds ver boven de door ketenpartners gehanteerde norm van zes dagen. Ook hier zijn er aanzienlijke verschillen tussen concessiehouders in doorlooptijden.

5.3 Rechtmatigheid van geldstromen

5.3.1 Betrouwbaarheid en nauwkeurigheid

Om te kunnen vaststellen of aan de financiële rechtmatigheidseisen is voldaan, hanteert de NZa voor de AWBZ de volgende goedkeurings-toleranties:

Tabel 5.3. Goedkeuringstoleranties

Controledeelgebied	Tolerantie
Betaling van zorgaanspraken AWBZ	1% van de AWBZ-betalingen in het verslagjaar
Eigen bijdragen Zorg zonder Verblijf	1% van de in totaal opgelegde eigen bijdragen voor Zorg zonder Verblijf
Eigen bijdragen Wmo	1% van de in totaal opgelegde eigen bijdragen voor Wmo
Eigen bijdragen Zorg met Verblijf	1% van de in totaal opgelegde eigen bijdragen voor Zorg met Verblijf
Interest geldmiddelen AFBZ	1% van het totaal van de verantwoorde interestmiddelen AFBZ

Bron: Model Jaarverslaggeving 2012 CAK

Om de mate te kunnen bepalen waarin de rechtmatigheid is gewaarborgd, gaat de NZa uit van de hieronder opgenomen normen. Deze normen zijn gebaseerd op de normen voor departementale audit-diensten.

Tabel 5.4. Uitspraak over de mate waarin rechtmatigheid is gewaarborgd

	Rechtmatigheid is gewaarborgd		Rechtmatigheid met beperking		Geen oordeel over rechtmatigheid	Rechtmatigheid niet gewaarborgd
	$\leq 1\%$	$> 1\%$	$\leq 3\%$	$> 3\%$		
Fouten in de verantwoording	$\leq 1\%$	$> 1\%$	$\leq 3\%$	$> 3\%$	-	$> 3\%$
Onzekerheden in de verantwoording	$\leq 3\%$	$> 3\%$	$\leq 10\%$	$> 10\%$	$> 10\%$	-
Soort controleverklaring	Goedkeurend	Met beperking		Oordeelonthouding	Afkeurend	

Bron: Model Jaarverslaggeving 2012 CAK

Van een *fout* in de verantwoording is sprake wanneer gebleken is dat een - gedeelte van een - post niet in overeenstemming is met één of meer aspecten van de wet- en regelgeving AWBZ.

Een *onzekerheid* in de verantwoording doet zich voor als gebleken is dat onvoldoende informatie beschikbaar is om een - gedeelte van een - post als rechtmatig of onrechtmatig aan te merken; kortom, als onzekerheid bestaat over de (on-)rechtmatigheid van de post.

De *rechtmatigheid* van een post is gewaarborgd als met een betrouwbaarheid van 95% de bewering juist is dat de financiële verantwoording geen grotere fout bevat dan de genoemde goedkeurings-tolerantie.

5.3.2 Rechtmatigheid van geldstromen in 2012

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat er over 2012 geen onrechtmatigheden over de rechtmatigheid zijn vastgesteld ten aanzien van de verantwoorde geldstromen 'betaling van zorgaanspraken AWBZ', 'eigen bijdragen voor Zorg zonder Verblijf', 'eigen bijdragen Wmo', 'eigen bijdragen voor Zorg met Verblijf' en 'interest geldmiddelen AFBZ'²⁹.

Wel heeft de NZa geconstateerd dat er volgens het CAK sprake is van een presentatiefout in de rekening-courantpositie AFBZ met het CVZ. Het CAK moet deze presentatiefout corrigeren en toelichten in haar jaarrekening 2013.

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2012 onzekerheden over de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven bestaan ten aanzien van de verantwoorde geldstroom 'Eigen bijdrage Zorg met Verblijf' voor een bedrag van € 1,7 miljoen. Dit heeft betrekking op geblokkeerde facturen over meerdere jaren. Het onderzoek door CAK naar deze geblokkeerde facturen is nog niet volledig afgewikkeld. Het CAK verwacht niet dat dit onderzoek leidt tot correcties.

Het CAK onderzoekt deze onzekerheden nader in 2013 en zal eventuele onrechtmatigheden corrigeren in de financiële administratie.

5.4 Maatregelen CAK

Door de NZa zijn er naar aanleiding van de beoordeling van de uitvoering AWBZ/Wmo door het CAK in 2011 maatregelen opgelegd.

De NZa heeft het opgestelde verbeterplan en de verbetermaatregelen beoordeeld, maar nog niet voor alle onderdelen getoetst op (onderliggende) onderbouwingen en op de juistheid en volledigheid van de beweringen. Dit aangezien de realisatie van de verbeterpunten na 2012 heeft plaatsgevonden of nog plaats moet vinden. Ook zijn enkele verbeterpunten, als gevolg van het tijdstip van realisatie, nog niet door de externe accountant betrokken bij de controle van de verantwoordingen.

De werking van de opvolging van de verbeterpunten zal door de NZa beoordeeld worden in de reguliere rechtmatigheidsonderzoeken vanaf 2013. In 2014 zal de NZa in het eerste half jaar een interim controle uitvoeren om de voortgang en de werking van de verbeterpunten te beoordelen.

²⁹ Voor de bedragen wordt verwezen naar tabel 1.3. 'Kwantitatieve gegevens van het CAK'.

6. Toekomstige ontwikkelingen in de AWBZ

Belangrijke ontwikkelingen die zich nu en in de nabije toekomst in de AWBZ voordoen zijn de overhevelingen van de huidige extramurale zorg naar het gemeentelijk domein en naar de Zorgverzekeringswet, en de extramuralisering van de lagere zorgzwaartepakketten (ZZP's) voor intramurale zorg.

6.1 Overheveling van extramurale AWBZ-zorg

De overheid heeft besloten om de extramurale AWBZ-zorg per 1 januari 2015 over te hevelen naar gemeenten en zorgverzekeraars.

Ter voorbereiding hierop stimuleert de overheid een meer wijkgerichte zorg. In de Zvw worden de extramurale verpleging en persoonlijke verzorging opgenomen. De wijkverpleegkundige zorgt voor de verbinding tussen het sociale en medische domein en wordt gepositioneerd in de Zvw.

Gemeenten worden gestimuleerd om sociale wijkteams op te richten, om cliënten waar nodig te ondersteunen. Verder worden de begeleiding en dagbesteding voor extramurale cliënten overgeheveld naar de gemeenten.

Gemeenten hebben ook in de huidige situatie al een aantal belangrijke taken. Hiertoe behoren de ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorg, het aanbieden van welzijnsvoorzieningen, de voorlichting aan inwoner, het organiseren van huishoudelijke hulp en maatschappelijk werk. Ook is de gemeente medeverantwoordelijk voor het onderhouden van de fysieke infrastructuur voor de zorg en de welzijnsvoorzieningen. Samenwerking van zorgkantoren met gemeenten en zorgverzekeraars is belangrijk, en betreft zowel kennisoverdracht, overdracht van persoonsgebonden gegevens als een samenhangend dienstenaanbod aan de cliënt op het gebied van informatie en zorgverlening. Het zijn de verzekeraars en gemeenten die de huidige extramurale zorgverlening vanaf 1 januari 2015 van de zorgkantoren zullen overnemen, zij het in sterk gewijzigde vorm. De NZa zal de ontwikkelingen nauwgezet volgen.

6.2 Langer thuis wonen

Vanaf 1 januari 2013 worden geen indicaties meer afgegeven voor de lagere ZZP-s. Vanaf 1 januari 2013 betreft dit de ZZP-s VV1 en 2 en VG1 en 2. Vanaf 1 januari 2014 VV3, en vanaf 1 januari 2015 VG3. Verder is het voornemen om vanaf 1 januari 2016 voor de helft van de zwaardere pakketten VV4 en VG4 geen indicaties meer af te geven.

Cliënten met een tamelijk hoge zorgzwaarte blijven voortaan thuis wonen en moeten hierbij ondersteund worden door mantelzorg. Dit vraagt om tijdige signalering van problemen bij cliënten met een beperkt sociaal netwerk en/of in een ongunstige woonsituatie die niet is afgestemd op de zorgverlening. Ook moeten de zorgkantoren rekening houden met een toenemende druk op onplanbare zorg en spoedzorg en hierop hun inkoopbeleid afstemmen. Tijdige signalering van dementie en mantelzorgondersteuning worden nog belangrijker.

Niet uit te sluiten is, dat intramurale zorgaanbieders te maken krijgen met continuïteitsproblemen, inkrimping van de personeelsformatie door toenemende leegstand, verschaalde zorg aan de resterende bewoners en gedwongen overplaatsing van bewoners.

Concessiehouders kunnen deze problemen deels ondervangen door alternatief gebruik van het vastgoed van de betreffende zorgaanbieders te stimuleren. Door verbouw kan dit worden ingezet voor zwaardere zorg, of juist voor extramurale zorg in appartementen. Soms is beëindiging van de huur mogelijk of ligt afstoting voor de hand. Het zorgkantoor kan hierin via afspraken sturen.

De NZa zal in het onderzoek over het controlejaar 2013 aan deze onderwerpen voldoende aandacht besteden.

6.3 Uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden

In de aanwijzing 2012 wordt ook aandacht gevraagd voor de administratieve voorbereiding voor de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden (UAZ). In het rapport over 2011 heeft de NZa de inspanningen van de concessiehouders in het kader van UAZ al uitvoerig beschreven.

De concessiehouders hebben aangegeven dat zij in 2012 veel inzet hebben gepleegd voor de voorbereiding van UAZ. De extra inzet voor UAZ is mogelijk ook ten koste gegaan van het opvolgen van de door de NZa aangegeven verbeterpunten uit het onderzoeksrapport 2011. Na de regeringwisseling in 2012 is UAZ-traject vervangen door de hervormingsplannen voor de langdurige zorg (HLZ).

Dit hebben een aantal concessiehouders expliciet aangegeven. In hoeverre dit ook door de andere concessiehouders is beleefd, heeft de NZa niet onderzocht.

Bijlage 1. Scores 2012 per concessiehouder per prestatie-indicator

	Wegings- factor	Totaal zorgkan- toren	Achmea	Agis	CZ	De Fries- land	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zeker- heid
Aantal zorgkantoren			6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
PI 1: Zorg in natura	4		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	4
PI 2: PGB en Vergoedingsregeling persoonlijke zorg	1		1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2
PI 3: Klachtenbehandeling	3		3	3	6	3	6	6	-	6	6	6	6
PI 6: Innovatie en kwaliteit zorgverlening	2		2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
PI 7. Administratie op verzekerdenniveau voor ZIN	4		4	4	8	8	8	8	4	8	8	8	8
PI 8. Administratie op verzekerdenniveau PGB en VPZ	2		4	4	2	4	4	2	2	2	2	2	4
PI 9. Monitoring continuïteit zorgverlening	1		2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2
PI 10: Materiële controle	2		0	0	4	4	4	2	2	2	2	2	4
PI 11: Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik	2		0	0	4	4	4	0	0	2	2	2	4
PI 12: Administratie organisatie en interne beheersing	1		1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1
Totaal (deel)score		376	25	24	39	40	43	35	23	36	36	36	39
Maximale score		478	44	44	44	44	44	44	38	44	44	44	44
Totaal (deel)score / Maximale score:													
% score 2012		79%	57%	55%	89%	91%	98%	80%	61%	82%	82%	82%	89%
% score 2011		79%	55%	90%	75%	71%	100%	70%	43%	90%	90%	90%	85%

Bron: NZa

Legenda: Bij de tien prestatie-indicatoren (PI) is het oordeel 'goed' aangegeven met de kleur groen, het oordeel 'voldoende' met een oranje kleur en het oordeel 'onvoldoende' met een rode kleur. Daarbij is het van belang te realiseren dat een score goed niet hoeft te betekenen dat een concessiehouder volledig aan alle beoordelingsaspecten heeft voldaan.

Op de onderste twee regels zijn de gescoorde percentages weergegeven. Scores 80-100% zijn aangegeven met de kleur groen, de scores 55-80% met een oranje kleur en de scores onder 55% met een rode kleur. Ook bij het in zwart-wit afdrukken kan dit worden herkend: des te lichter de kleur, des te hoger de score. Elke concessiehouder telt in dit overzicht even zwaar.

Bijlage 2. Overzicht van het totaal van schaden, bedrijfskosten en bedrijfslasten over 2012

Bedragen in € 1.000	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en zekerheid	Totaal
Totaal bedrijfsopbrengsten (a)	4.698.787	4.341.221	5.748.280	1.176.231	741.314	3.880.714	326.402	930.041	905.581	3.610.162	1.257.363	27.616.096
Totaal schaden AWBZ exclusief subsidies (b)	4.245.272	3.967.715	5.127.639	1.058.546	680.866	3.450.051	298.048	836.750	821.077	3.229.346	1.177.306	24.892.616
Totaalbedrag subsidies AWBZ (c)	424.984	349.791	589.021	134.071	54.142	409.012	24.878	85.852	78.660	361.692	71.356	2.583.459
Totaalbedrag schaden AWBZ inclusief subsidies (b+c)	4.670.256	4.317.506	5.716.660	1.192.617	735.008	3.859.063	322.926	922.602	899.737	3.591.038	1.248.662	27.476.075
Totaal beheerskosten (inclusief voorzieningen en afschrijvingen) (d)	22.954	23.006	25.602	8.240	6.728	22.275	3.413	7.026	6.573	19.543	8.863	154.223
Budgetresultaat beheerskosten	2.631	709	6.113	-/- 248	-/- 498	-/- 412	76	37	-/- 211	284	-/- 156	8.327
Percentage totaal beheerskosten/ totaal schaden AWBZ (d/(b+c))	0,49%	0,53%	0,44%	0,69%	0,91%	0,58%	1,06%	0,76%	0,73%	0,54%	0,71%	0,56%
Totaal bedrijfslasten (b+c+d)	4.693.210	4.340.512	5.742.262	1.200.857	741.736	3.881.338	326.339	929.628	906.310	3.610.581	1.257.525	27.630.298
Resultaat (a-(b+c+d))	5.577	709	6.018	-/- 24.626	-/- 422	-/- 624	63	413	-/- 729	-/- 419	-/- 162	-/- 14.202
Geconstateerde onrechtmatigheden	0	0	47,3	0	0	0	84	0	0	0	0	131,3
Geconstateerde onzekerheden	0	0	3.013,3	985	0	0	0	PM	PM	PM	237	4.235,3

Bron: NZa

Bijlage 3. Overzicht ontwikkeling PGB

Kosten en vorderingen PGB in € 1.000	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en zekerheid	Totaal
Aantal zorgkantoren	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2	32
Kosten subsidieregelingen 2012	424.984	349.791	589.021	134.071	54.142	409.012	24.878	85.852	78.660	361.692	71.356	2.583.459
Kosten subsidieregelingen 2011	418.211	324.294	533.650	118.441	47.987	385.135	24.588	87.793	79.163	367.277	65.826	2.452.365
Kosten subsidieregelingen 2010	353.238	315.813	519.083	107.729	46.551	345.370	21.382	80.200	70.690	321.687	65.174	2.246.917
Kostenstijging 2012 t.o.v. 2011 in %	2%	8%	10%	13%	13%	6%	1%	-/- 2%	-/- 1%	-/- 2%	8%	5%
Kostenstijging 2011 t.o.v. 2010 in %	18%	3%	3%	10%	3%	12%	15%	9%	12%	14%	1%	9%
Vorderingen op budgethouders PGB 2012	26.504	27.346	24.967	4.628	1.602	21.971	1.163	3.709	3.439	13.362	5.115	133.806
Vorderingen op budgethouders PGB 2011	23.839	22.120	24.856	5.127	1.859	19.674	900	3.648	2.932	9.160	5.177	119.292
Mutatie vorderingen op budgethouders PGB 2012 t.o.v. 2011 in %	11,2%	23,6%	0,4%	-/- 9,7%	-/- 13,8%	11,7%	29,2%	1,7%	17,3%	45,9%	-/- 1,2%	12,2%
Aantal budgethouders per 30-6-2012	22.141	18.627	28.251	7.074	3.051	22.721	1.413	4.080	3.637	18.230	3.953	133.178
Kosten PGB per budgethouder 2012	19.194	18.779	20.850	18.953	17.746	18.001	17.607	21.042	21.628	19.840	18.051	19.399

Bron: NZa

Toelichting: De kosten subsidieregelingen zijn gebaseerd op de exploitatierekeningen (inclusief verrekeningen oude jaren) uit de Financiële verslagen van de concessiehouders.