

Samenvattend rapport

Uitvoering AWBZ 2011

door concessiehouders, AWBZ-verzekeraars en
het CAK

Inhoud

Vooraf	7
Managementsamenvatting	9
1. Inleiding	21
1.1 Samenvattend rapport	21
1.2 Verantwoordingsstructuur AWBZ	21
1.2.1 Wettelijk kader	21
1.2.2 Mandatering	21
1.2.3 Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011	22
1.3 Onderzoeksubjecten	22
1.3.1 Concessiehouder (zorgkantoren)	22
1.3.2 AWBZ-verzekeraars	23
1.3.3 CAK	24
1.4 Prestatiemeting concessiehouders	24
1.5 AWBZ in kwantitatieve zin	25
1.5.1 Concessiehouders	25
1.5.2 AWBZ-verzekeraars	25
1.5.3 CAK	25
2. Uitkomsten prestatiemeting concessiehouders	27
2.1 Inleiding	27
2.2 Totaalscores	28
2.2.1 Einduitkomsten concessiehouders 2011	28
2.2.2 Toelichting uitkomsten onderzoek	29
2.2.3 Inzet handhavinginstrumenten	30
2.3 Prestatie-indicator Zorg in natura	30
2.4 Prestatie-indicator Klachtenbehandeling	34
2.4.1 Inleiding	34
2.4.2 Te stellen eisen	35
2.4.3 Scores 2009 en 2011	36
2.4.4 Verbeterpunten	36
2.4.5 Analyse	36
2.4.6 Vervolgactie	37
2.4.7 Best practices Klachtenbehandeling	37
2.5 Prestatie-indicator Contracteerproces	37
2.6 Prestatie-indicator Materiële controle	40
2.6.1 Inleiding	40
2.6.2 Te stellen eisen	41
2.6.3 Scores 2009 en 2011	41
2.6.4 Verbeterpunten	41
2.6.5 Analyse	42
2.6.6 Vervolgactie	43
2.6.7 Best practices Materiële controle	44
2.7 Prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik	44
2.7.1 Inleiding	44
2.8 Prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	49
2.9 Prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau: pgb	52
2.10 Prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening	54
2.10.1 Inleiding	54
2.10.2 Te stellen eisen aan de onderzochte toetsingsaspecten	55
2.10.3 Vergelijking met voorgaande jaren	55
2.10.4 Verbeterpunten	55
2.10.5 Analyse	55
2.10.6 Vervolgacties	56
2.10.7 Best practices Monitoring continuïteit zorgverlening	56

2.11	Opvolging verbeterpunten 2010	56
2.11.1	Opvolging verbeterpunten door concessiehouders	56
2.11.2	Toelichting	56
2.11.3	Informatieverzoek	57
2.12	Afdoening vorig onderzoek	57
2.12.1	Opvolging aanwijzing verstrekken wachtlijstinformatie	57
2.12.2	Opvolging verbeterpunten 2009 door concessiehouders	57
2.12.3	Toelichting	58
2.12.4	Vervolgactie	58
3.	Verdiepend onderzoek bij concessiehouders	59
3.1	Inleiding	59
3.2	Bevindingen verdiepend onderzoek Zorg in natura	59
3.2.1	Algemeen	59
3.2.2	Sectorvreemde zorgzwaartepakketten	60
3.2.3	Periodieke toetsing website van zorgaanbieder op adequate informatie over aanvullende diensten	60
3.2.4	Levering van extramurale zorg binnen de bandbreedte van de indicatie	61
3.3	Bevindingen verdiepend onderzoek klachtenbehandeling	61
3.3.1	Algemeen	61
3.3.2	Aantal klachten en verantwoording	61
3.3.3	Aantallen en samenstelling van de klachten	62
3.3.4	Tijdige afhandeling van klachten	62
3.4	Bevindingen verdiepend onderzoek Contracteerproces	63
3.4.1	Algemeen	63
3.4.2	Contractering nieuw intramuraal aanbod	64
3.4.2.1	Contractering van nieuwe intramurale capaciteit	64
3.4.2.2	Omzetting van verblijf in verblijf & behandeling	65
3.4.3	Contractering van het Volledig Pakket Thuis	65
3.4.4	Contractering van zelfstandigen zonder personeel	65
3.4.5	Convenant Investerings Langdurige Zorg	66
3.4.6	Contracteerbeleid extramurale zorgaanbieders	67
3.4.6.1	Controles op (nieuwe) zorgaanbieders	67
3.4.6.2	Beëindiging overeenkomst met extramurale zorgaanbieders	67
3.4.7	Gespecialiseerde epilepsiezorg	68
3.4.8	Leegstandsfinanciering	68
3.5	Bevindingen verdiepend onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor Zorg in natura	69
3.5.1	Algemeen	69
3.5.2	Declaratie op cliëntniveau	69
3.5.2.1	Declaratie op cliëntniveau 2011	69
3.5.2.2	Sanctiebeleid concessiehouders op de declaratie op cliëntniveau 2011	71
3.5.2.3	Inzet van de productiemonitor bij de beoordeling van de declaraties op cliëntniveau in 2011	71
3.5.3	Verwerking van de indicaties van BJZ	72
3.6	Bevindingen verdiepend onderzoek Administratie op verzekerdeniveau: pgb	72
3.6.1	Algemeen	72
3.6.2	Tijdig informeren cliënt over uitkomst globale controle	73
3.6.3	Kosten pgb en openstaande saldi budgethouders	73
3.6.4	Effect informatieverzoeken	74
3.6.5	Uitvoering vergoedingsregeling VPZ	76
3.6.6	Controle op inschrijving bij een AWBZ-verzekeraar	77
3.7	Bevindingen verdiepend onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening	77
4.	Rechtmatigheid concessiehouders en AWBZ-verzekeraars	79
4.1	Inleiding	79
4.2	Rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven concessiehouders	79

4.2.1	Algemeen	79
4.2.2	Opvolging onderzoek 2010	79
4.2.3	Betrouwbaarheid en nauwkeurigheid	79
4.2.4	Rechtmatigheid bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2011	80
4.2.4.1	Onrechtmatigheden in de verantwoording	80
4.2.4.2	Onzekerheden in de verantwoording	81
4.2.5	Wettelijke reserve en beheerskosten AWBZ	81
4.2.5.1	Inleiding	81
4.2.5.2	Bevindingen 2011	82
4.3	Rechtmatigheid uitgaven/lasten AWBZ- verzekeraars	86
4.3.1	Inleiding	86
4.3.2	Rechtmatigheid uitgaven/lasten 2011	87
4.3.3	Onrechtmatige uitgaven/lasten 2011	87
4.3.4	Onzekerheden over de rechtmatigheid 2011	87
4.3.5	Opvolging vorig onderzoek	87
5.	Uitvoering AWBZ door het CAK	89
5.1	Inleiding	89
5.2	Uitvoering AWBZ in 2011	89
5.2.1	De uitvoering 2011: ontwikkelingen	89
5.2.2	Verdiepend onderzoek naar de tijdigheid van het eigen bijdrage proces voor Zorg met verblijf (ZMV)	90
5.3	Rechtmatigheid van geldstromen	91
5.3.1	Betrouwbaarheid en nauwkeurigheid	91
5.3.2	Rechtmatigheid van geldstromen in 2011	92
6.	Verdiepend onderzoek toekomst uitvoering AWBZ	93
6.1	Inleiding	93
6.2	Bevindingen	93
6.2.1	Zorg in natura	93
6.2.2	Klachtenbehandeling	94
6.2.3	Contracteerproces	94
6.2.4	Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura	95
6.2.5	Administratie op verzekerdenniveau voor pgb	95
6.2.6	Monitoring continuïteit zorgverlening	96
6.2.7	Materiële controle en Bestrijding Misbruik en oneigenlijk gebruik	96
	Bijlage 1. Scores 2011 per concessiehouder per prestatie-indicator	97
	Bijlage 2. Overzicht van het totaal van schaden, bedrijfskosten en bedrijfslasten over 2011	99
	Bijlage 3. Overzicht ontwikkeling pgb	101

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). 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 2011 de uitkomsten van haar onderzoek samengevat. Daarnaast heeft de NZa in een afzonderlijk rapport per concessiehouder, per AWBZ-verzekeraar en voor het CAK gerapporteerd over de uitvoering van de AWBZ door deze individuele partijen. Deze rapporten gebruikt de NZa uitsluitend voor afstemming met de betrokken partijen; zij maakt deze dan ook niet openbaar.

De NZa constateert grote verschillen in het functioneren van concessiehouders. Hierbij zijn enkele onvoldoendes gescoord bij de prestatie-indicatoren Materiele controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik.

In 2011 komen zeven concessiehouders positief naar voren omdat ze op onderdelen een 'best practice' hebben getoond.

Het CAK heeft de wettelijke taken in zijn totaliteit in voldoende mate uitgevoerd. Maar de uitvoering van het proces Administratieve organisatie en interne beheersing onvoldoende.

De concessiehouders en het CAK komen de komende jaren te staan voor majeure veranderingen, terwijl de uitvoering van de AWBZ gewoon moet doorgaan. De NZa zal dit kritisch volgen.

De Nederlandse Zorgautoriteit

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

Managementsamenvatting

Inleiding

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. Dit gebeurt op basis van artikel 28 van de Wmg. De NZa beoordeelt de concessiehouders op basis van het normenkader zoals beschreven in het Protocol Toelichting prestatiemeting AWBZ.

Opzet onderzoek 2011

Vanaf het onderzoekjaar 2010 zet de NZa het AWBZ-onderzoek anders op dan in voorgaande onderzoekjaren. De NZa richt zich specifiek op aspecten die om extra aandacht vragen. De NZa verricht hierbij zo nodig ook verdiepend onderzoek. De nieuwe opzet is ook ingegeven doordat de AWBZ sterk in beweging is. De NZa is van mening dat zij op deze wijze optimaal rekening houdt met deze ontwikkelingen.

De NZa heeft het onderzoek 2011 naar het functioneren van de concessiehouders toegespitst op acht (van de twaalf) prestatie-indicatoren. Dit betekent dat de NZa geen totaaloordeel kan geven over de uitvoering van de 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. 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.

Vijf prestatie-indicatoren zijn integraal onderzocht, te weten: Zorg in natura, Klachtenbehandeling, Contracteerproces, Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik. Drie prestatie-indicatoren zijn gedeeltelijk onderzocht, te weten: Administratie op verzekerden-niveau voor zorg in natura, Administratie op verzekerden-niveau voor PGB en Monitoring continuïteit zorgverlening.

Resultaten prestatiemeting AWBZ 2011

Over 2011 zijn deels andere prestatie-indicatoren integraal onderzocht dan over 2010. Dat verklaart dat het resultaat van de prestatiemeting 2011 een duaal beeld laat zien. Prestatie-indicatoren die zowel in 2011 als in 2010 zijn onderzocht laten ten opzichte van 2010 een verbetering van de prestaties van concessiehouders zien. De uitkomsten van prestatie-indicatoren die wel in 2011 maar niet in 2010 zijn onderzocht laten - ten opzichte van 2009 - een verslechtering zien. Hierdoor is de gemiddelde score per concessiehouder in 2011 gedaald ten opzichte van 2010.

Maatregel

Er zijn grote verschillen in de scores per concessiehouder. Enkele concessiehouders blijken op één of twee prestatie-indicatoren onvoldoende te scoren. Dit betreft de prestatie-indicatoren Materiële controle en de Bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. Deze prestatie-indicatoren zijn in 2010 overigens niet onderzocht. De NZa zal de uitvoering van de prestatie-indicatoren Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik door concessiehouders kritisch volgen. Deze prestatie-indicatoren hebben in de prestatiemeting 2012 ook al een zwaardere weging gekregen.

De NZa heeft de betreffende concessiehouders een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. Deze concessiehouders moeten de NZa periodiek informeren over een plan van aanpak en de voortgang van de implementatie van dat plan voor beide processen.

Beoordeling algehele uitvoering en best practices 2011

Bij de algemene beoordeling komt concessiehouder DSW Zorgkantoor B.V. als beste te voorschijn. Deze concessiehouder scoort al een aantal jaren goed. Concessiehouder Salland Zorgkantoor B.V. scoort daarentegen relatief laag. In tabel 1 is een ranking opgenomen van de behaalde scores.

Tabel 1. Ranking scores concessiehouders 2011

	Concessiehouder	Score 2011
1.	Zorgkantoor DSW B.V.	100%
2.	Trias Zorgkantoor B.V.	90%
	Agis Zorgverzekeringen N.V.	90%
	VGZ Zorgkantoor B.V.	90%
	Univé Zorgkantoor B.V.	90%
6.	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	85%
7.	CZ Zorgkantoor B.V.	75%
8.	Zorgkantoor Friesland B.V.	71%
9.	Stichting Zorgkantoor Menzis	70%
10.	Achmea Zorgkantoor N.V.	55%
11.	Salland Zorgkantoor B.V.	43%

Bron: NZa

Toelichting: De concessiehouder, aflopend gerangschikt op de eindscore in 2011.

Verschillende concessiehouders verdienen aandacht op specifieke punten waarin zij een best practice hebben getoond en als voorbeeld kunnen dienen voor de sector (tabel 2).

Tabel 2. Best practices 2011

	Concessiehouder	Prestatie-indicator	Toetsingsaspect
1.	DSW	Zorg in natura	cliëntinformatie gecontracteerde zorg
		Zorg in natura	actuele en goed toegankelijk publieksfolder
		Zorg in natura	beschikbaarheid en bereikbaarheid van crisiszorg
		Bestrijding M&O	afstemming fraudesignalen met NZa
2.	Zorg en Zekerheid	Zorg in natura	cliëntinformatie gecontracteerde zorg
		Zorg in natura	actuele en goed toegankelijk publieksfolder
		Zorg in natura	cliëntinformatie over het ZZP aanbod
		Adm. pgb	goede organisatie uitvoering
		Materiële controle	uitvoering van intensieve controles
3.	Menzis	Zorg in natura	bewaking van tijdige levering van niet-acute zorg
		Adm. Zin	volledig grip op declaraties op cliëntniveau
		Adm. Zin	uitvoeren formele controles
		Monitoring	monitoring nakoming afspraken en tijdige actie bij discontinuïteit
4.	VGZ	Zorg in natura	bewaking van tijdige levering van niet-acute zorg
		Contracteerproces	realisatie van goed inzicht in intramurale zorgvraag
		Administratie Zin	uitvoeren formele controles van declaratie op cliëntniveau
5.	Trias	Zorg in natura	bewaking van tijdige levering van niet-acute zorg
		Contracteerproces	realisatie van goed inzicht in intramurale zorgvraag
		Adm. Zin	uitvoeren formele controles van declaratie op cliëntniveau
6.	Univé	Zorg in natura	bewaking van tijdige levering van niet-acute zorg
		Contracteerproces	realisatie van goed inzicht in intramurale zorgvraag
		Adm. Zin	uitvoeren formele controles van declaratie op cliëntniveau
7.	CZ	Klachtenbehandeling	navolging Awb
		Materiële controle	betrokkenheid coördinator fraudebestrijding
		Adm. Zin	het juist en tijdig aanpassen van voorschotten

Bron: NZa

Resultaten prestatie-indicator Zorg in natura

De NZa hecht veel waarde aan een goede voorlichting en informatievoorziening aan de cliënt. Hiervoor moet de concessiehouder over de juiste informatie beschikken en deze ook communiceren naar de cliënt. Ten opzichte van 2010 maken concessiehouders in 2011 meer werk van het inzichtelijk krijgen van wachtlijsten van zorgaanbieders en bij het betrekken van cliëntenorganisaties bij het vormgeven van het inkoopbeleid. Desalniettemin blijven er nog verbeterpunten over, zoals het bijhouden van een actuele wachtlijst, het op orde krijgen van de website van de concessiehouders en het beschikbaar stellen van goede crisisprotocollen.

Verdiepend onderzoek Zorg in natura

De NZa krijgt signalen dat zorgaanbieders geïndiceerde afwijkende, veelal duurdere, zorgzwaartepakketten (ZZP) niet bij het zorgkantoor kunnen declareren, maar in plaats daarvan een lager ZZP-tarief vergoeden, dat past binnen de toelating van de zorgaanbieder. Concessiehouders geven aan niet onwelwillend te staan tegenover het declareren van sectorvreemde, duurdere ZZP's, maar hebben hiervoor hun eigen kaders geformuleerd.

Meer dan de helft van de concessiehouders toetst niet systematisch de websites van de zorgaanbieders op adequate informatie voor cliënten over bijbetalingen voor aanvullende diensten. De NZa hecht er waarde aan dat de concessiehouder dit wel steeds doet.

De NZa heeft de betreffende concessiehouders een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. Deze concessiehouders moeten de NZa periodiek informeren over de opvolging van dit toetsingspunt.

In 2011 hebben weinig concessiehouders zicht op de mate van levering van extramurale zorg binnen de bandbreedte van de indicatie. Concessiehouders verwachten dat de declaratiegegevens op cliëntniveau hen in de toekomst hierin meer inzicht kunnen geven.

Resultaten prestatie-indicator Klachtenbehandeling

In 2011 zijn vooral de procedures voor klachtenbehandeling verbeterd. Opvallend is dat bij twee concessiehouders het aantal klachten zo laag is dat er geen beoordeling over deze indicator gegeven kan worden. Onduidelijk is of het beperkte aantal geregistreerde klachten komt door een cliëntvriendelijke taakuitvoering, verminderde klachtenalertheid dan wel door onvolkomenheden in de registratie. Verschillende concessiehouders moeten zich verbeteren ten aanzien van het tijdig afhandelen van de afhandelingsbrief, het tijdig schriftelijk bevestigen van ontvangen klachten en (in alle gevallen) schriftelijk reageren op de klacht.

Verdiepend onderzoek Klachtenbehandeling

Meer dan 60% van de geregistreerde klachten betreft de uitvoering van het persoonsgebonden budget (pgb). De gemiddelde doorlooptijd van de klachtenbehandeling verschilt sterk tussen concessiehouders. Regionale verschillen en de oorzaak van de klachten lijken hierbij geen rol te spelen.

Resultaten prestatie-indicator Contracteerproces

De behoeften van de cliënt zouden een belangrijk uitgangspunt moeten zijn bij het inkoopproces. Inmiddels voeren alle concessiehouders overleg met cliëntenorganisaties over knelpunten in de AWBZ-zorg. Belangrijk is om deze informatie mee te nemen in het inkoopproces met zorgaanbieders. De belangrijkste verbeterpunten hebben betrekking op het transparant maken van het inkoopproces. Hierbij moeten de volgende aspecten beter naar voren komen: het duidelijker definiëren wat de concessiehouder onder onderaanneming verstaat en definiëren welke vormen van onderaanneming de concessiehouder onderscheidt en het stimuleren van een verdere verbetering van de registratie van de wachtlijststatus door de zorgaanbieder.

Verdiepend onderzoek Contracteerproces

Concessiehouders ondersteunen aanvragen voor extra intramurale capaciteit en voor omzetting van een toelating voor verblijf in een toelating voor verblijf en behandeling slechts beperkt gezien de beperkte contracteerruimte. Ook matigt de verdere extramuralisering van zorg de behoefte aan extra intramurale capaciteit.

Onwetendheid bij cliënten over de inhoud en de eigen bijdrageheffing van het Volledig Pakket Thuis maakt dat dit moeizaam van de grond komt. Bijna alle concessiehouders zien het Volledig Pakket Thuis echter wel als een goed alternatief voor intramurale zorg.

Het rechtstreeks contracteren van zelfstandigen zonder personeel blijkt uitvoeringstechnisch mogelijk, leidt tot tevreden cliënten en zelfstandigen zonder personeel, tot een verruiming van de keuzemogelijkheden voor de cliënt en tot een flexibeler zorgaanbod. Wel zijn er nog fiscale en administratieve belemmeringen.

De extra middelen van het Convenant Investerings Langdurige Zorg zijn door de concessiehouders slechts terug te halen bij de zorgaanbieder als deze nalatig is. Dit blijkt in de praktijk moeilijk aan te tonen.

De mate waarin zorgaanbieders en hun bestuurders getoetst worden op geschiktheid respectievelijk betrouwbaarheid, varieert sterk per concessiehouder. Concessiehouders vinden dat de betrouwbaarheid van bestuurders van nieuwe aanbieders pas blijkt na enkele jaren ervaring. Beëindiging van de overeenkomst met een zorgaanbieder is geen onoverkomelijk probleem, maar vaak wel juridisch complex. Bovendien moeten diens cliënten bij andere zorgaanbieders worden ondergebracht en is een goede communicatie met de betreffende cliënten noodzakelijk.

Resultaten prestatie-indicator Materiële controle

Twee concessiehouders hebben deze prestatie-indicator op een onvoldoende wijze uitgevoerd. Bij de organisatie van de materiële controle bij concessiehouders zijn vooral de capaciteit voor uitvoering van de materiële controles en de functiescheiding tussen inkoop en controle verbeterpunten. Bij de uitvoering van materiële controles geldt dat verantwoording van de resultaten uit de controles en het opleggen van financiële correcties bij enkele concessiehouders een verbeterpunt vormt. De NZa vraagt aandacht voor het inzetten van het controle-instrument enquête. Dit controlemiddel kan gericht worden ingezet om de daadwerkelijke levering en doelmatigheid van gedeclareerde zorg te beoordelen. De afstemming over opzet en uitkomsten uit materiële controles met de coördinator fraudebestrijding is bij veel concessiehouders een verbeterpunt.

Maatregel

Stichting Zorgkantoor Menzis en Salland Zorgkantoor B.V. moeten het proces Materiële controle op orde brengen. Deze concessiehouders moeten hiertoe een verbeterplan opstellen en de te nemen maatregelen implementeren. De NZa heeft Stichting Zorgkantoor Menzis en Salland Zorgkantoor B.V. hiervoor een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. De NZa zal dit proces kritisch volgen.

Resultaten prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik

De NZa constateert een achteruitgang in de prestaties ten opzichte van het onderzoek AWBZ 2009. Eén concessiehouder heeft deze prestatie-indicator op een onvoldoende wijze uitgevoerd.

De organisatie, de algemene opzet en de feitelijke uitvoering van onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik vertonen bij veel concessiehouders tekortkomingen. De omvang van de afdelingen voor fraudeonderzoek is van dien aard dat slechts een beperkt deel van fraudesignalen kan worden onderzocht. Onderzoeken zijn nagenoeg alleen gericht op signalen, van onderzoeken gericht op frauderisico's is geen sprake. Veel aandacht gaat uit naar pgb-fraude, andere fraudesignalen komen hierdoor in het gedrang. Het daadwerkelijk vaststellen van zorgfraude vormt een knelpunt voor de concessiehouders.

Door de financieringssystematiek in de AWBZ kunnen de concessiehouders nog maar in beperkte mate gebruik maken van moderne controlemiddelen zoals bestands- en data-analyse. Met het op cliëntniveau declareren moet verder vorm worden gegeven aan inzet van moderne controletechnieken. Een belangrijk aandachtspunt is dat concessiehouders onvoldoende overgaan tot vervolgacties, dit geldt vooral voor de registratie in het Extern Verwijsregister en het doen van aangifte bij de politie. Dit is volgens concessiehouders een gevolg van het door ZN opgestelde sanctiebeleid en door de teleurstellende ervaringen met het doen van aangifte bij de politie.

Maatregel

Salland Zorgkantoor B.V. moet het proces Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik op orde brengen. Salland Zorgkantoor B.V. moet hiertoe een verbeterplan opstellen en de te nemen maatregelen implementeren. De NZa heeft Salland Zorgkantoor B.V. hiervoor een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. De NZa zal dit proces kritisch volgen.

Resultaten prestatie-indicator Administratie op verzekerdeniveau voor Zorg in natura

In 2011 komen verschillende aandachtspunten naar voren. Declaratie op cliëntniveau is een voorwaarde voor de uitvoering van betaling aan de zorgaanbieder op basis van declaraties, overeenkomstig de praktijk bij de Zorgverzekeringswet.

Het declareren op cliëntniveau wordt nog niet in voldoende omvang toegepast. Ondanks dat er verbeteringen zijn waar te nemen, constateert de NZa dat bevoorschotting uitsluitend op basis van realisatie in onvoldoende mate wordt uitgevoerd. Ook het declareren op cliëntniveau in de jeugdzorg, vereist nog de nodige aandacht van de concessiehouders. Tot slot moeten de managementrapportages over de voortgang van declaratie op cliëntniveau verbeteren en leiden tot gerichte vervolgacties.

Verdiepend onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor Zorg in natura

Alle concessiehouders volgden per zorgaanbieder de *tijdige* en *juiste* aanlevering van de declaratie op cliëntniveau. In 2011 declareren 83% respectievelijk 71% van de zorgaanbieders tijdig de intramurale respectievelijk extramurale zorg. Alle concessiehouders ondernemen actie wanneer zorgaanbieders niet *tijdig* de declaratie op cliëntniveau aanlevert.

Zelfs als concessiehouders een beeld hebben van de volledigheid waarmee zorgaanbieders op cliëntniveau declareren, zijn de uitkomsten lastig interpreteerbaar. Zo kunnen sommige zorgprestaties niet op cliëntniveau worden gedeclareerd, is er nog geen geldige indicatie of wordt de indicatie nog op papier afgegeven zoals veelal het geval bij Bureau Jeugdzorg (BJZ). Dit vormt een obstakel voor een goede overdracht van cliëntgegevens naar gemeenten.

Resultaten prestatie-indicator Administratie op verzekerdeniveau voor pgb

Deze indicator is sinds 2010 gebaseerd op het Controleprotocol PGB-AWBZ van het CVZ. In 2011 heeft de NZa het onderzoek toegespitst op die onderdelen waar blijkens het onderzoek over 2010 nog veel verbetering mogelijk is. De NZa constateert dat de intensieve controles weliswaar zijn verbeterd, maar dat er nog voldoende verbeterpunten resteren. De NZa verwacht van concessiehouders meer gerichte vervolgacties en de inzet van het instrument materiele controle als daar aanleiding toe is. Naar aanleiding van het onderzoek over 2011 stelt de NZa dat de bestandsanalyses bedoeld om vast te stellen of een pgb op enig moment nog terecht aan de budgethouder wordt toegekend, moeten worden verbeterd.

Samenhangend met de intensieve controle stelt de NZa dat het onderscheid dat concessiehouders maken tussen incidentele en structurele fouten aandacht vergt. Dit is van belang voor een juiste follow up: noodzaak tot uitbreiding van de controles en/of de verbetering van de risicoanalyse voor het selecteren van dossiers. Ook zal het treffen van vervolgacties naar aanleiding van bevindingen in de toekomst verbeterd moeten worden.

Verdiepend onderzoek Administratie op verzekerdenniveau voor pgb

Een toegangscriterium voor de in 2012 in werking getreden Vergoedingsregeling persoonlijke zorg (VPZ) is, dat er 'onvoldoende alternatieven in natura' zijn. De cliënt blijkt dit moeilijk aannemelijk te kunnen maken. Concessiehouders zijn positief over het criterium dat een aspirant budgethouder een zorgplan moet indienen voor het aanvragen voor VPZ. Hierdoor wordt duidelijk waarom een cliënt een VPZ aanvraagt en of de cliënt weet wat er van hem verwacht wordt. Door de beperkte aanvragen verwachten concessiehouders slechts een klein deel van het subsidiemogelijkheden voor VPZ in de te zetten. Concessiehouders geven ook aan dat de uitvoering van de VPZ-regeling initiële meerkosten veroorzaakt, die niet in de beheerskosten worden vergoed.

Een belangrijke taak van de concessiehouders is om openstaande saldi pgb te verlagen. Ten opzichte van 2010 zijn in 2011 de vorderingen op pgb-houders gemiddeld met ruim 8% toegenomen. De hoogte van het openstaande saldo vorderingen op budgethouders pgb is bij de meeste concessiehouders erg hoog. Ultimo 2011 bedroegen de totale vorderingen op pgb-houders € 119.292.000 (ultimo 2010: € 110.404.000). Deze ontwikkeling verschilt erg per concessiehouder en is niet te verklaren uit de ouderdom van de vorderingen. Mogelijk spelen hier verschillen in het bestedingsgedrag van de pgb-houders en in de mate waarin de concessiehouders de pgb-houders controleren en corrigeren een rol.

Naar aanleiding van het onderzoek uitvoering AWBZ 2010 heeft de NZa in eind 2011 negen concessiehouders verzocht om haar periodiek te informeren over de inspanningen en resultaten om het openstaande saldo van de vorderingen op budgethouders pgb in 2012 te verlagen. Het effect hiervan wordt eerst zichtbaar in de verantwoordingsinformatie van de concessiehouders over 2012. Het openstaande saldo 2010 is hierbij medio 2012 overigens ongeveer gehalveerd.

De NZa zal de ontwikkeling bij de concessiehouders blijven volgen en heeft dit ook onder de aandacht gebracht van het CVZ, als coördinator van de uitvoering van de subsidieregeling pgb, en VWS.

De NZa heeft hiertoe evenals als in het voorgaande jaar concessiehouders een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. De concessiehouders moeten de NZa periodiek informeren over hun inspanningen om de openstaande saldi te verlagen.

Resultaten prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening

Uit het onderzoek 2011 zijn twee belangrijke verbeterpunten naar voren gekomen.

Enkele concessiehouders dienen hun onderzoeksapproach bij signalen (van zorgaanbieders, EWS en/of monitor onderaannemer) beter uit te werken in een draaiboek. Ander belangrijk aandachtspunt is dat concessiehouders onvoldoende volgen of zorgaanbieders de afspraken naleven bij uitbesteding van zorgverlening.

Verdiepend onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening

Van een concessiehouder wordt verwacht dat hij een draaiboek beschikbaar heeft en snel actie onderneemt wanneer de continuïteit van zorg in gevaar dreigt te komen. Een deel van de concessiehouders heeft een handlingsplan beschikbaar dat echter sterk varieert in uitwerking. Hiertegenover staat dat concessiehouders ook laten weten dat een concrete situatie niet gevangen kan worden in een 'plan B', maar afhangt van omvang, locatie, cliëntenpopulatie en aanwezige alternatieven voor een zorgaanbieder.

Informatieverzoek: opvolging verbeterpunten 2009

Eind 2011 heeft de NZa tien van de elf concessiehouders een informatieverzoek toegestuurd, waarin zij haar periodiek moeten informeren over de realisatie van nog niet opgevolgde verbeterpunten 2009. Dit betrof in totaal 47 verbeterpunten. Op 1 april 2012 was 95% van de verbeterpunten al in voldoende mate gerealiseerd. Op 1 juli 2012 waren alle verbeterpunten in voldoende mate gerealiseerd. Vervolgacties zijn daarom niet nodig.

Opvolging verbeterpunten 2010

Bijna 30% van de verbeterpunten, die de NZa in 2010 heeft aangeduid, zijn in 2011 nog niet opgevolgd. De NZa zal nauwgezet monitoren of de geconstateerde verbeterpunten over 2011 worden opgevolgd. De NZa heeft de betreffende concessiehouders een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. Deze concessiehouders moeten de NZa periodiek informeren over de opvolging van de nog niet opgevolgde verbeterpunten 2010.

Opvolging aanwijzing verstrekken wachtlijstinformatie 2011

CZ Zorgkantoor B.V. was niet in staat om periodiek het AW317-wachtlijstbericht aan het CVZ aan te leveren. Eind 2011 heeft de NZa deze concessiehouder hiervoor op grond van artikel 78 Wmg een aanwijzing gegeven. Begin 2012 heeft de concessiehouder het CVZ alsnog van wachtlijstinformatie voorzien. CZ Zorgkantoor B.V. heeft hiermee, binnen de daarvoor gestelde termijn, aan de aanwijzing voldaan.

Rechtmatigheid concessiehouders

De NZa heeft in 2011 bij zes concessiehouders onrechtmatige schaden AWBZ geconstateerd voor een bedrag van in totaal € 446.000 (0,002% van het totaal van de schaden AWBZ). Dit betreft onrechtmatige schaden die geconstateerd zijn bij het uitvoeren van materiële controles bij zorgaanbieders en op cliënten die niet verzekerd zijn. De zes concessiehouders moeten de geconstateerde onrechtmatige schaden corrigeren in de financiële verantwoording over 2012. De NZa zal bij haar onderzoek over 2012 nagaan of de correcties daadwerkelijk zijn uitgevoerd door de concessiehouders.

De NZa heeft bij drie concessiehouders onzekerheden over de rechtmatigheid vastgesteld. Het totaalbedrag aan te kwantificeren onzekerheden over de rechtmatigheid bedraagt € 8.925.000 (0,04% van het totaal van de schaden AWBZ).

Het grootste gedeelte van deze onzekerheid (€ 8.500.000) betreft Achmea Zorgkantoor N.V., die de kosten van niet persoonsgebonden hulpmiddelen over voorgaande jaren abusievelijk niet tijdig bij het CVZ in rekening heeft gebracht. De concessiehouder moet nog aantonen dat de kosten zijn gemaakt en niet eerder zijn gedeclareerd. In afwachting hiervan schort de NZa haar oordeel over deze post op.

De NZa hecht waarde aan het snel oplossen van deze onzekerheden omdat die van invloed zijn op een groot aantal jaren. De NZa heeft daarom een informatieverzoek gedaan aan Achmea Zorgkantoor N.V. op basis van artikel 61 Wmg. Achmea Zorgkantoor N.V. moet aantonen dat de kosten niet persoonsgebonden hulpmiddelen 2006 - 2011 zijn gemaakt en niet eerder zijn gedeclareerd.

Voor het overige zijn bij twee concessiehouders onzekerheden geconstateerd bij het uitvoeren van materiële controles bij zorgaanbieders.

De NZa schort haar oordeel over alle genoemde onzekerheden op. De betreffende concessiehouders moeten in 2012 nader onderzoek doen naar de geconstateerde onzekerheden en waar nodig correcties doorvoeren. Deze concessiehouders moeten zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2012. De NZa zal bij haar onderzoek over 2012 beoordelen of de concessiehouders de onzekerheden hebben afgedaan.

Beheerskosten concessiehouders

De beheerskosten voor de uitvoering van de AWBZ zijn in 2011 in vergelijking met 2010 met 14,4% toegenomen van € 146.085.000 tot € 167.110.000.

Op OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid na, zijn bij alle concessiehouders de beheerskosten gestegen. De stijging van de beheerskosten is voornamelijk veroorzaakt door hogere kosten voor de werkzaamheden pgb, kosten AZR en hogere beheerskosten in het kader van zorgcontractering en overige activiteiten, waaronder UAZ. 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 0,66% van de totale schade AWBZ inclusief subsidies.

Het totale budgetresultaat van alle concessiehouders over 2011 bedraagt € 11.987.000 negatief (tegenover 2010: € 8.998.000 positief en 2009: € 24.810.000 positief). Daar waar in 2010 de meerderheid van de concessiehouders nog een positief budgetresultaat boekte, gold dit in 2011 slechts voor twee concessiehouders.

Bij Achmea Zorgkantoor N.V. zijn de beheerskosten met ruim 35% gestegen, van € 22.659.000 over 2010 naar € 30.623.000 over 2011). De NZa heeft Achmea Zorgkantoor N.V. een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. Achmea Zorgkantoor N.V. moet de NZa informeren over de uitkomsten van een grondige analyse van de toename van de beheerskosten 2011 ten opzichte van 2010. De concessiehouder moet eventuele onrechtmatigheden corrigeren.

Wettelijke reserve AWBZ

De wettelijke reserve AWBZ van alle concessiehouders bedraagt ultimo 2011 € 9.922.000 positief (2010: € 26.459.000 positief, 2009: € 22.599.000 positief). Mede als gevolg van de negatieve budgetresultaten 2011 is deze reserve in 2011 fors gedaald.

De NZa merkt op dat ultimo 2011 inmiddels drie concessiehouders een negatieve wettelijke reserve AWBZ hebben. Over 2010 (en 2009) had één concessiehouder ook al te maken met een negatieve wettelijke reserve AWBZ. De NZa heeft geconstateerd dat de negatieve wettelijke reserve AWBZ bij deze concessiehouder in 2011 is verbeterd. Omdat de continuïteit van een concessiehouder in gevaar kan komen bij een oplopende negatieve reserve AWBZ, hecht de NZa waarde aan een positieve wettelijke reserve AWBZ.

De NZa heeft bij de betreffende concessiehouders een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. Achmea Zorgkantoor N.V., Salland Zorgkantoor B.V. en OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. moeten de NZa informeren over een plan van aanpak, dat tot doel heeft de negatieve wettelijke reserve AWBZ om te buigen in een positieve reserve. Daarnaast moeten deze concessiehouders de NZa informeren over de voortgang van de implementatie van de te nemen acties.

Uitvoering AWBZ door AWBZ-verzekeraars

De NZa heeft de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven van de AWBZ-verzekeraars over 2011 beoordeeld. De NZa heeft over 2011 bij één van de in totaal 27 AWBZ-verzekeraars onrechtmatige uitgaven/lasten geconstateerd voor een bedrag van € 122.000. Dit betreft in rekening gebrachte kosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland die geen betrekking hebben op het boekjaar 2011, maar op het boekjaar 2012. Voor het overige heeft de NZa over 2011 geen onrechtmatigheden en onzekerheden geconstateerd.

Uitvoering AWBZ door het CAK

De NZa heeft geconstateerd dat het CAK de wettelijke taken in 2011 in totaliteit op voldoende wijze heeft uitgevoerd. Het CAK heeft het proces Administratieve organisatie en interne beheersing echter op onvoldoende wijze uitgevoerd. De NZa komt 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. De NZa heeft ook geconstateerd dat veel verbeterpunten uit het voorgaand onderzoek voor de processen Klachtenbehandeling, Eigen bijdragen Zorg zonder verblijf, Wmo en Zorg met verblijf niet voldoende zijn opgevolgd. Vooral het proces ten aanzien van de eigen bijdragen kent nog veel verbeterpunten. Het CAK scoort hier in 2011 net een voldoende voor.

Het CAK heeft de processen Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik, Betalingen van zorgaanspraken AWBZ en Interest Geldmiddelen AFBZ op een goede wijze uitgevoerd.

Maatregel

De NZa heeft het CAK op grond van artikel 78 van de Wmg een aanwijzing gegeven. Het CAK moet het onvoldoende uitgevoerde proces Administratieve organisatie en interne beheersing op orde brengen. Het CAK moet hiertoe een verbeterplan opstellen en de te nemen maatregelen implementeren. De NZa zal dit proces kritisch volgen. Daarnaast heeft de NZa het CAK een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. Het CAK moet de NZa informeren over de opvolging van de verbeterpunten over 2010 die in 2011 nog niet zijn opgevolgd.

De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2011 de rechtmatigheid van de geldstroom beheerskosten, welke is inbegrepen in de totale bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2011, niet kan worden vastgesteld aangezien het CAK in 2011 voor een groot deel van de beheerskosten (€ 43.300.000 van € 95.600.000 = 45%) niet heeft voldaan aan de Europese Aanbestedingsrichtlijnen. De beheerskosten zijn onrechtmatig.

De NZa adviseert het CVZ deze beheerskosten, welke ten laste van de AWBZ-kas zijn gebracht, wel te aanvaarden in verband met het feit dat de gemaakte kosten met de taakuitvoering van het CAK te maken hebben (dit had mogelijk bij het navolgen van de Europese aanbestedingsrichtlijnen doelmatiger gekund) op voorwaarde dat het CAK zo spoedig mogelijk voldoet aan de Europese aanbestedingsrichtlijnen.

Ten aanzien van het voldoen aan de wettelijke verplichtingen in het kader van de Europese Aanbestedingsrichtlijn en het uitvoeren van de controle daarop, geldt dat met ingang van 2012 het toezicht op de beheerskosten wordt uitgevoerd door het Ministerie van VWS.

Ontwikkelingen uitvoering AWBZ

De uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden vindt per 1 januari 2013 geen doorgang. In het verslagjaar 2011 en begin 2012 gingen de concessiehouders er nog vanuit dat uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden door de AWBZ-uitvoerders zou worden doorgevoerd.

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de NZa hiernaar verdiepend onderzoek uitgevoerd. De NZa constateert dat de concessiehouders zich in het algemeen grondig hadden voorbereid op de nieuwe ontwikkelingen. Dit is ook relevant omdat bij concessiehouders al veranderingen zijn ingezet die niet meer worden teruggedraaid. Het betreft het declaratieverkeer, de administratie op cliëntniveau en een verdergaande verbinding tussen de uitvoering van de AWBZ en de Zvw. Verder werken zij nauwer samen met gemeenten, in het licht van de voorgenomen overhevelingen naar de Wmo.

Resumé inzet handhavingsinstrumenten

De NZa heeft in een aantal gevallen een informatieverzoek op basis van artikel 61 Wmg aan concessiehouders gedaan, als 'second best' oplossing. Het zou in die gevallen de voorkeur van de NZa hebben gehad een aanwijzing te geven. De NZa was hiertoe echter nog niet bevoegd bij niet-naleving van de controlevoorschriften van de NZa Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars. De controlevoorschriften uit deze Regeling zijn gebaseerd op artikel 31 Wmg. Artikel 76 van de Wmg, waarop de bevoegdheid tot het geven van een aanwijzing gebaseerd is, verwijst niet naar artikel 31 Wmg. De NZa heeft het ministerie van VWS hierover inmiddels geïnformeerd.

Door middel van het informatieverzoek wil de NZa de concessiehouder aansporen zijn taken goed uit te voeren.

In de tabellen 3 en 4 worden de formele informatieverzoeken op basis van artikel 61 Wmg en de aanwijzing aan het CAK op basis van artikel 78 Wmg nog eens kort geresumeerd.

Tabel 3. Informatieverzoeken

	Informatieverzoeken	Aantal concessiehouders	CAK
1.	Verbeteren onvoldoende uitgevoerde proces Materieële controle	2	
2.	Verbeteren onvoldoende uitgevoerde proces Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik	1	
3.	Opvolgen onvoldoende opgevolgde verbeterpunten 2010	7	1
4.	Toetsen website zorgaanbieders op adequate informatie over aanvullende betalingen	6	
5.	Inspannen om openstaande saldi pgb te verlagen	11	
6.	Inspannen om de negatieve reserve AWBZ om te buigen in een positieve reserve	3	
7.	Het grondig analyseren van de toename van de beheerskosten in 2011	1	
8.	Aantonen dat gedeclareerde niet persoonsgebonden hulpmiddelen over voorgaande jaren niet eerder zijn gedeclareerd	1	

Bron: NZa

Tabel 4. Aanwijzing

	Aanwijzing	Aantal concessiehouders	CAK
1.	Verbeteren onvoldoende uitgevoerde proces Administratieve organisatie en intern beheer		1

Bron: NZa

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.

In dit rapport komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- uitkomsten prestatiemeting van de concessiehouders in 2011 (hoofdstuk 2);
- verdiepend onderzoek bij de concessiehouders (hoofdstuk 3);
- rechtmatigheid ontvangsten en uitgaven concessiehouders en uitgaven en lasten AWBZ-verzekeraars in 2011 (hoofdstuk 4);
- uitvoering van de AWBZ door het CAK en de rechtmatigheid van ontvangsten en uitgaven in 2011 (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) heeft de Staatssecretaris van VWS via de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 en de Beschikking van de Staatssecretaris van VWS houdende aanwijzing van administratie-instellingen bijzondere ziektekosten, elf rechtspersonen als verbindingskantoor aangewezen. Deze rechtspersonen zijn de zogeheten concessiehouders van zorgkantoren.

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. Met haar 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 door de Staatssecretaris kan betrekking hebben op één of meer zorgregio's, aangezien één concessiehouder meer zorgkantoren kan beheren.

1.2.2 Mandatering

In de Mandaat- en volmachtverlening/overeenkomst inzake uitvoering van werkzaamheden zorgkantoren hebben de AWBZ-verzekeraars voor de periode 2009-2011 voor 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 2009-2011

In de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011 en de Beschikking van de Staatssecretaris van VWS houdende aanwijzing van administratieve instellingen bijzondere ziektekosten, kortweg de Aanwijzing, heeft de Staatssecretaris geregeld dat de concessiehouders op grond van de Regeling verslaglegging AWBZ verantwoording afleggen over de uitvoering van de AWBZ. De concessiehouders moeten verantwoording afleggen, omdat er voor een verantwoording door de AWBZ-verzekeraars nog onvoldoende financiële informatie op verzekerdeniveau beschikbaar is. 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 ook voor de periode 2012-2013 aangewezen als verbindingskantoor voor hun huidige zorgregio's. In de aanwijzing is ook een aantal voorwaarden opgenomen, dat overeenkomt met de voorwaarden die in de aanwijzing van zorgkantoren voor de jaren 2009-2011 waren opgenomen. Naast het voortzetten van de goede uitvoering van de AWBZ door de aangewezen zorgkantoren, vraagt de Staatssecretaris ook aandacht voor de administratieve voorbereiding voor de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden (UAZ).

1.3 Onderzoeksubjecten

1.3.1 Concessiehouder (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 2011 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 de Handleiding Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2011. 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 opgenomen¹;
- 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 opgenomen²;
- 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.

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 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.

² 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.

1.3.3 CAK

Het CAK verzorgt de betaling van de AWBZ-verstrekkingen aan zorgaanbieders op basis van de betaalopdrachten die het van de zorgkantoren en AWBZ-verzekeraars ontvangt. Ook is het CAK belast met de vaststelling, de oplegging en de inning van de eigen bijdragen voor Zorg zonder Verblijf en Zorg met Verblijf.

De verantwoordingsvoorschriften die voor het CAK gelden, zijn vastgelegd in de door de NZa opgestelde Handleiding jaarverslaggeving 2011 CAK. In deze handleiding wordt het rechtmatigheidsbegrip voor het CAK nader uitgewerkt.

In het Protocol Accountantsonderzoek 2011 CAK geeft de NZa de externe accountant richtlijnen om de accountantscontrole uit te voeren. De externe accountant geeft bij de geconsolideerde jaarrekening van het CAK een getrouwheidsverklaring en bij de bestuurlijke verantwoording een rechtmatigheidsverklaring af. 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 rechtmatigheidsverklaring geeft de externe accountant aan of de specifiek benoemde geldstromen met het Algemeen Fonds bijzondere Ziektekosten (AFBZ) in de bestuurlijke verantwoording voldoen aan de eisen van financiële rechtmatigheid. Ook stelt de externe accountant een accountantsrapportage op over de ordelijkheid en controleerbaarheid van het financiële beheer van het CAK.

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 Toelichting Prestatiemeting 2011 vastgesteld. Dit protocol biedt het normenkader voor 2011 en licht de totstandkoming van de totaal-oordelen per concessiehouder toe.

De prestatiemeting AWBZ 2011 is ingedeeld volgens de prestatievelden die zijn genoemd in de Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011. Deze prestatievelden zijn:

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

De indeling van de prestatiemeting 2011 is ten opzichte van 2010 niet gewijzigd. In hoofdstuk 2 worden de uitkomsten van de prestatiemeting over 2011 uitgewerkt.

De NZa heeft het normenkader 2011 ten opzichte van 2010 aangepast. Declaratie op cliëntniveau voor intramurale zorg is per 1 januari 2010 gestart. Daarnaast is ook het declareren op cliëntniveau voor extramurale zorg – volgens afspraken tussen ketenpartijen – per 1 juli 2011 gestart. Het declareren op cliëntniveau is van groot belang voor de toekomstige ontwikkeling van de AWBZ; om die reden weegt de indicator 'Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura' in 2011 zwaarder mee dan in 2010. De weging van de indicator doelmatige zorgverlening binnen de contracteerruimte, is in 2011 verlaagd. De doelmatigheid wordt ten dele al gewaarborgd door de strakke financiële waarborgen die de overheid van de zorgkantoren afdwingt.

1.5 AWBZ in kwantitatieve zin

1.5.1 Concessiehouders

In tabel 1.1 zijn de belangrijkste kwantitatieve gegevens van alle concessiehouders gezamenlijk in 2011 en 2010 weergegeven.

Tabel 1.1. Kwantitatieve gegevens van alle concessiehouders

	2011 (x € 1.000)	2010 (x € 1.000) ³	Mutatie in %
Uitgaven aan AWBZ-zorg exclusief subsidies PGB	22.734.016	21.521.784	5,6%
Uitgaven subsidies PGB	2.452.365	2.243.017	9,3%
Uitgaven aan AWBZ-zorg inclusief subsidies PGB	25.186.381	23.764.801	6%
Beheerskosten inclusief afschrijvingen en voorzieningen	167.110	146.085	14,4%
Totaal bedrijfslasten	25.353.491	23.910.886	6%

Bron: Financiële verantwoordingen 2011 en 2010 van de concessiehouders

1.5.2 AWBZ-verzekeraars

In tabel 1.2 zijn de belangrijkste kwantitatieve gegevens 2011 en 2010 van de AWBZ-verzekeraars opgenomen.

Tabel 1.2. Totale baten en lasten AWBZ-verzekeraars

	2011 (x € 1.000)	2010 (x € 1.000)
Ziekenhuisverpleging en revalidatiecentra na 365 dagen (a)	375 ⁴	-/- 165 ⁵
Betaalde lasten via de eigen jaarstaten (b)	1.570	1.718
Betaalde lasten overgangsregeling wonen in het buitenland via de eigen jaarstaat (c)	8.761	10.157
Ontvangen baten via de eigen jaarstaten (d)	0	0
Regeling verkeerde bed (e)	0	0
Saldo lasten (-/- baten)	10.706	11.710

Bron: Jaarstaten AWBZ 2011 en 2010 (b, c en d) en opgave van het CAK (a, e)

1.5.3 CAK

In tabel 1.3 zijn de belangrijkste kwantitatieve gegevens 2011 en 2010 van het CAK opgenomen.

³ De vergelijkende schaden AWBZ 2010 in het Financieel verslag 2011 is bij een concessiehouder aangepast ten opzichte van het Financieel verslag 2010 vanwege correcties aangebracht door de externe accountant.

⁴ Het CAK heeft deze kosten over 2011 verantwoord bij het Zorgkantoor 't Gooi, deze kosten hebben echter betrekking op Agis Zorgverzekeringen N.V.

⁵ Dit bedrag is negatief in verband met correcties uit voorgaande jaren.

Tabel 1.3. Kwantitatieve gegevens van het CAK

	2011 (x € 1.000)	2010 (x € 1.000)	Mutatie in %
Betaling aan zorgaanpak AWBZ	22.411.054	21.645.383	3,5%
Opbrengsten uit eigen bijdragen voor Zorg zonder Verblijf ⁶	96.975	69.983	38,6%
Opbrengsten uit eigen bijdragen voor Zorg met Verblijf ⁷	1.710.860	1.592.746	7,4%
Saldo betaling/opbrengsten	20.603.219	19.982.654	3,1%
Budget voor beheerskosten	49.120	48.293	1,7%
Beheerskosten ⁸	49.204	47.807	2,9%

Bron: Jaarverslagen CAK 2011 en 2010

⁶ De opbrengst uit eigen bijdragen 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.

⁷ De opbrengst uit eigen bijdragen met verblijf bestaat uit de eigen bijdragen die in het boekjaar zijn opgelegd en de correctie eigen bijdragen oude jaren, verminderd het verantwoorde bedrag aan facturatiestop, de afboekingen, restituties en de gewenningsbijdrage.

⁸ De beheerskosten omvatten de totale exploitatiekosten AWBZ van het CAK.

2. Uitkomsten prestatiemeting concessiehouders

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijft de NZa de uitkomsten van de prestatiemeting AWBZ in 2011 bij de concessiehouders.

In paragraaf 2.2 worden de uitkomsten van de concessiehouders over 2011 besproken. In paragraaf 2.3 respectievelijk paragraaf 2.4 worden per concessiehouder de uitkomsten behandeld van de prestatie-indicator Zorg in Natura en Klachtenbehandeling (beide uit prestatieveld 1, Service aan cliënten). Paragraaf 2.5 bespreekt per concessiehouder de score van de prestatie-indicator Contracteerproces (uit prestatieveld 2, Zorginkoop en –contractering). Voor de beoordeling van het inkoopbeleid kijkt de NZa vooruit: bij het onderzoek AWBZ 2011 heeft zij niet alleen de uitvoering van het inkoopbeleid 2011, maar ook de opzet en voorbereiding van het inkoopbeleid 2012 beoordeeld.

Daarna komen de uitkomsten aan bod van een aantal prestatie-indicatoren uit prestatieveld 3, Moderne administratieve organisatie. Het betreft Materiële controle in paragraaf 2.6, Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik in paragraaf 2.7, Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura in paragraaf 2.8, Administratie op verzekerdeniveau voor pgb in paragraaf 2.9 en Monitoring continuïteit zorgverlening in paragraaf 2.10.

De NZa blikt in paragrafen 2.11 en 2.12 terug op de opvolging van de verbeterpunten van het onderzoek over 2010 en 2009. Een goede opvolging van verbeterpunten gaat hand in hand met hogere scores op de betreffende prestatie-indicator in het daaropvolgende jaar.

Bij de paragrafen over de prestatie-indicatoren die integraal beoordeeld zijn: Zorg in Natura, Klachtenbehandeling, Contracteerproces, Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik, is voor de betreffende prestatie-indicator een tabel opgenomen waarin het oordeel van de NZa over 2011 wordt vergeleken met eerdere jaren (2010 en/of 2009).

Voor de prestatie-indicator Zorg in natura kunnen de scores 2011 worden vergeleken met die uit zowel 2010 en 2009. Voor de prestatie-indicatoren Klachtenbehandeling, Contracteerproces, Monitoring continuïteit zorgverlening, Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik kunnen de scores 2011 slechts worden vergeleken met die uit 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 2011 uitgevoerd in de periode maart tot en met september 2012.

2.2 Totaalscores

2.2.1 Einduitkomsten concessiehouders 2011

Doordat de NZa over 2011 vijf (van de twaalf) prestatie-indicatoren integraal heeft onderzocht, is het niet mogelijk over 2011 een totaaloordeel te geven, dat met voorgaande jaren kan worden vergeleken. In tabel 2.2 zijn over 2011 de resultaten van de vijf 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 2010 in de tabel opgenomen. In 2010 werd evenmin een totaaloordeel gegeven, en werden vier prestatie-indicatoren integraal onderzocht. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen met de scores 2011 per concessiehouder op elk van de vijf 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 eindscore voor de vijf onderzochte prestatie-indicatoren berekend.

Tabel 2.1. Ranking scores concessiehouders 2011

	Concessiehouder	Score 2011
1.	Zorgkantoor DSW B.V.	100%
2.	Trias Zorgkantoor B.V.	90%
	Agis Zorgverzekeringen N.V.	90%
	VGZ Zorgkantoor B.V.	90%
	Univé Zorgkantoor B.V.	90%
6.	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	85%
7.	CZ Zorgkantoor B.V.	75%
8.	Zorgkantoor Friesland B.V.	71%
9.	Stichting Zorgkantoor Menzis	70%
10.	Achmea Zorgkantoor N.V.	55%
11.	Salland Zorgkantoor B.V.	43%

Bron: NZa

Toelichting: De concessiehouder, aflopend gerangschikt op de eindscore in 2011.

Tabel 2.2. Eindscores 2011 en vergelijking met de scores 2010

	Totaal aantal zorgkantoren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren in 2011	32	6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
Scores 2011 (5 PI's) (max 20 punten) ⁹		11	18	15	10	20	14	6	18	18	18	17
% max score 2011	79	55	90	75	71	100	70	43	90	90	90	85
% max score 2010	84	63	83	83	100	100	83	71	92	75	79	92

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. De eindscores reflecteren uiteraard uitsluitend de vijf onderzochte PI's. Een totaal oordeel op basis van alle (twaalf) PI's wordt hier niet gegeven.

2.2.2 Toelichting uitkomsten onderzoek

Over 2011 zijn deels andere prestatie-indicatoren integraal onderzocht dan over 2010. Dat verklaart dat het resultaat van de prestatiemeting 2011 een duaal beeld laat zien. Prestatie-indicatoren die zowel in 2011 als in 2010 zijn onderzocht laten ten opzichte van 2010 een verbetering van de prestaties van concessiehouders zien. De uitkomsten van prestatie-indicatoren die wel in 2011 maar niet in 2010 zijn onderzocht laten - ten opzichte van 2009 - een verslechtering zien.

Tabel 2.2 laat zien dat de gemiddelde de score per concessiehouder in 2011 gedaald is ten opzichte van 2010.

Er zijn grote verschillen in de scores per concessiehouder.

Enkele relatief minder scorende concessiehouders Zorgkantoor Friesland B.V. en Salland Zorgkantoor B.V. worden in de totaalscore over 2011 minder gewogen dan de andere concessiehouders. Dat komt omdat bij beiden geen oordeel is gegeven over de klachtenbehandeling.

Uit de tabel blijkt dat de hoogste score wordt behaald door de concessiehouder Zorgkantoor DSW B.V. die voor de integraal onderzochte prestatie-indicatoren als best practice wordt aangemerkt. De laagste score is bereikt door Salland Zorgkantoor B.V. Verder heeft Achmea Zorgkantoor N.V. ook een lage score.

De NZa constateert dat de over 2011 integraal onderzochte prestatie-indicatoren Zorg in natura en Klachtenbehandeling in het algemeen beter zijn uitgevoerd dan in 2010 respectievelijk 2009. De integraal onderzochte prestatie-indicator Contracteerproces is in 2011, evenals in 2009, goed uitgevoerd.

De scores voor de in 2011 integraal onderzochte prestatie-indicatoren Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik liggen aanzienlijk lager dan in het onderzoek over 2009. In 2011 is de nadruk meer gelegd bij de uitvoering van de taken. Over 2009 werden alle prestatie-indicatoren vooral nog op hoofdlijnen beoordeeld.

⁹ Twee concessiehouders hebben geen oordeel over het proces Klachtenbehandeling gekregen, wegens te weinig geregistreerde klachten in 2011: hun maximale score is derhalve 14.

De partieel onderzochte prestatie-indicatoren Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura respectievelijk voor pgb laten zien dat de concessiehouders de verbeterpunten in het algemeen goed hebben opgepakt. Bij de prestatie-indicator Monitoring van de continuïteit van de zorgverlening daarentegen staan nog verbeterpunten open.

Een score van 100% betekent weliswaar dat de concessiehouder op alle onderdelen het oordeel goed heeft gehaald. Dat betekent echter niet dat er bij deze concessiehouder geen verbeterpunten zijn. Bij alle concessiehouders zijn verbeterpunten aangetroffen.

2.2.3 Inzet handhavinginstrumenten

De NZa heeft in een aantal gevallen een informatieverzoek op basis van artikel 61 Wmg aan concessiehouders gedaan, als 'second best' oplossing. Het zou in die gevallen de voorkeur van de NZa hebben gehad een aanwijzing te geven. De NZa was hiertoe echter nog niet bevoegd bij niet-naleving van de controlevoorschriften van de NZa Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars. De controlevoorschriften uit deze Regeling zijn gebaseerd op artikel 31 Wmg. Artikel 76 van de Wmg, waarop de bevoegdheid tot het geven van een aanwijzing gebaseerd is, verwijst niet naar artikel 31 Wmg. De NZa heeft het ministerie van VWS hierover inmiddels geïnformeerd.

Door middel van het informatieverzoek wil de NZa de concessiehouder aansporen zijn taken goed uit te voeren.

2.3 Prestatie-indicator Zorg in natura

2.3.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2011 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Zorg in natura.¹⁰

Tabel 2.3. Scores 2011 per concessiehouder Zorg in natura

Service aan cliënten	Wegingsfactor 2011	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		4	8	4	4	8	8	4	8	8	8	8

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.

¹⁰ 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 eindscore van deze prestatie-indicator berekend.

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. De conversie van de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) versie 2.2 naar 3.0 moet in 2011 tijdig op orde zijn. 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 overleg voeren met andere, regionale, instanties over knelpunten in de AWBZ-zorg. Hierop kunnen concessiehouders actie ondernemen, bijvoorbeeld in hun inkoopbeleid. Verder moeten concessiehouders proberen, in overleg met gemeenten en zorgaanbieders, te komen tot preventie en tot een leefomgeving, waarin zelfredzaamheid van de cliënt kan worden bevorderd.

2.3.3 Scores 2009 - 2011

De NZa heeft geconstateerd dat concessiehouders in totaliteit de prestatie-indicator Zorg in natura in 2011 beter dan in 2010 hebben uitgevoerd (zie tabel 2.4). Zeven concessiehouders scoren in 2011 een goed en vier een voldoende. Geen enkele concessiehouder scoorde een onvoldoende.

Tabel 2.4. Resultaatscores concessiehouders 2009 t/m 2011: zorg in natura

Service aan cliënten	2011			2010			2009		
	Goed	Vol-doende	Onvol-doende	Goed	Vol-doende	Onvol-doende	Goed	Vol-doende	Onvol-doende
Zorg in natura	7	4	0	5	6	0	9	2	0

Bron: NZa

2.3.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten in de informatievoorziening naar de verzekerden zijn:

- het verder verbeteren van de kwaliteitsinformatie per individuele gecontracteerde zorgaanbieder op de website, en/of het verbeteren van de koppeling met kiesBeter (negen concessiehouders, 28 zorgkantoren);
- het verder verbeteren van de etalage-informatie per individuele gecontracteerde zorgaanbieder op de website, en/of het verbeteren

- van de koppeling met kiesBeter (vijf concessiehouders, 20 zorgkantoren);
- het op de website plaatsen van de wachttijden bij de gecontracteerde zorgaanbieders of verbetering van die informatie (vier concessiehouders, veertien 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 (vijf concessiehouders, veertien zorgkantoren);
- het in de publieksfolder aandacht besteden aan de rol van huisartsen, ziekenhuizen (transferverpleegkundigen) en voorkeursaanbieder bij de indicatieverzekering (vier concessiehouders, dertien zorgkantoren);
- het in de overeenkomst met de zorgaanbieder opnemen dat de bijbetalingsregeling op de website van de zorgaanbieder dient te worden vermeld (drie concessiehouders, zeven zorgkantoren).

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

- het tijdig aanpassen van de wachtlijstregistratie volgens de specificaties van het CVZ (twee concessiehouders, twaalf zorgkantoren);
- het tijdig aanleveren van het AW317 bericht nieuwe stijl voor de landelijke wachtlijstrapportage (twee concessiehouders, drie zorgkantoren);
- het vastleggen van de crisisregelingen in crisisprotocollen voor regio's waarin dit nog niet is gebeurd (betreft nog elf regio's, vallend onder vijf concessiehouders);
- het in de bestaande crisisprotocollen benoemen van de zorgaanbieders, die crisiszorg leveren en hun capaciteit (drie concessiehouders, elf zorgkantoren), de 24 uren bereikbaarheid en bereikbaarheidsgegevens (vijf concessiehouders, dertien zorgkantoren);
- het verbeteren van de toegang van poortwachters en crisiscoördinatoren tot informatie over de vrije crisiscapaciteit (negen concessiehouders, 23 zorgkantoren).

2.3.5 Analyse

In het in januari 2010 gepubliceerde rapport *'Wie helpt de consument?'* heeft de NZa het belang aangegeven van goede voorlichting en informatievoorziening aan de consument. Hierbij bleek dat de publiekelijk toegankelijke informatie nog verbetering behoeft.

Veel verbeterpunten 2011 betreffen, net als in 2010, de communicatie met verzekerden. De eisen worden elk jaar door de NZa aangescherpt. De NZa verwacht van de concessiehouder dat hij transparante informatie verstrekt over alle gecontracteerde zorgaanbieders over onder meer wachttijden en kwaliteit. Ook verwacht de NZa dat de concessiehouder de cliënt informeert over hoe hij de indicatie kan aanvragen en wie hem daarbij kunnen helpen. Dit speelt in het bijzonder voor kwetsbare cliëntgroepen, die extra ondersteuning nodig hebben.

Het actief volgen wat er met een verzekerde gebeurt die wel over een indicatie beschikt, maar tegen zijn wil nog niet in zorg is genomen, is een ander punt van aandacht. Een goede wachtlijstregistratie is hierbij essentieel. De NZa constateert dat de concessiehouders in 2011 meer werk maken van de afstemming van de wachtlijsten met de zorgaanbieder, en de actualiteit van het berichtenverkeer beter volgen dan in 2010. Het bijhouden van een actuele wachtstatus blijkt nog een

probleem. Dit is wel van belang, willen de zorgkantoren zich proactief kunnen opstellen naar verzekerden op de wachtlijst.¹¹

De NZa constateert dat niet alle concessiehouders de wachtlijstregistratie op de landelijk afgesproken datum hebben aangepast volgens de specificaties van het CVZ. Dit heeft geleid tot uitstel van de invoering van AZR 3.0 en extra administratieve lasten voor het veld. Ook vindt de aanlevering van het AW317 bericht nieuwe stijl in 2011 en begin 2012 niet altijd tijdig plaats. Dit doet afbreuk aan de volledigheid 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 toont nog tekortkomingen. Er zijn in elf regio's nog geen crisisprotocollen voor verpleging en verzorging (V&V) en/of voor de gehandicaptenzorg (GHZ). De NZa verwacht van de concessiehouder dat deze in een crisisprotocol de actuele 24-uurs-bereikbaarheid van de crisiscoördinatie vastlegt ten behoeve van de poortwachters met een urgente hulpvraag.

Ook moeten crisiscoördinatie en poortwachter snel op de hoogte zijn van de zorgaanbieders, die een crisisplaats beschikbaar hebben. Zo wordt voorkomen dat cliënten van het kastje naar de muur worden gestuurd. De NZa constateert dat de concessiehouders in 2011 meer werk maken van periodiek overleg met regionale cliëntenorganisaties dan in 2010, en de aandachtspunten in toenemende mate in hun inkoopbeleid betrekken.

2.3.6 Vervolgactie

De NZa zal de opvolging van de verbeterpunten in het onderzoek over 2012 betrekken. Het betreft hier belangrijke toegankelijkheidsaspecten. Ook vormt een goede wachtlijstregistratie een voorwaarde voor de declaratie op cliëntniveau.

De kwaliteit van de door de concessiehouders aan het CVZ geleverde kwartaalrapportages AW317 oude stijl is in 2011 verbeterd. Dit geldt ook voor de tijdigheid van de wachtlijstregistratie voor extramurale cliënten. Volgens de kwartaalrapportages van het CVZ was medio 2011 op slechts 4% van de extramurale indicatiebesluiten medio 2011 nog geen melding aanvang zorg ontvangen, tegen 20% medio 2010. De rapportages van het CVZ bieden de overheid en de NZa relevante informatie over de toegankelijkheid van de AWBZ en over mogelijke regionale knelpunten.

De aanlevering van het AW317 bericht nieuwe stijl is een aandachtspunt voor 2012. Gelet op het effect hiervan op de landelijke wachtlijstrapportage van het CVZ, verlangt de NZa van de concessiehouders nakoming van de landelijke afspraken.

In 2011 is een nieuwe release van de landelijke AWBZ-brede Zorgregistratie AZR 3.0 uitgerold. Deze maakt een nauwkeuriger wachtlijstregistratie mogelijk, maar stelt ook hogere eisen aan de ketenpartners. Vooral de juiste en tijdige hantering van de wachtstatus per cliënt verdient nog verbetering. De NZa betreft bij haar onderzoek over het controlejaar 2012 bij de concessiehouders ook de bevindingen van het CVZ.

¹¹ Zie ook de op de 'Aanwijzing zorgkantoren 2009-2011' van de Staatssecretaris van VWS gebaseerde uitwerking taken 'Uitvoering inhoudelijke beleidsagenda 2009-2010', service aan klanten onder f.

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 concessiehouders Zorgkantoor DSW B.V. en OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. zijn bij cliëntinformatie over de gecontracteerde zorgaanbieders als best practice aangemerkt (toetsingsaspect A). Zij hebben in hun zorgatlas per zorgaanbieder een directe koppeling gerealiseerd met de kwaliteitsinformatie in kiesBeter die goed geactualiseerd wordt, en bieden daarnaast voldoende etalage-informatie en periodiek geactualiseerde wachtlijst-informatie.

De concessiehouders Zorgkantoor DSW B.V. en OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. zijn bij het beschikbaar hebben van een actuele, goed toegankelijke publieksfolder als best practices aangemerkt (toetsingsaspect B). Zij hebben ook actuele publieksfolders over het gecontracteerde zorgaanbod gemaakt. Dit is een extra service voor de cliënten, vooral voor hen die niet over een internetverbinding beschikken.

De concessiehouder OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. is voor de cliëntinformatie over het ZZP aanbod per gecontracteerde intramurale zorgaanbieder als best practice aangemerkt (toetsingsaspect C1). Deze concessiehouder stelt de informatie over het ZZP-aanbod per gecontracteerde intramurale zorgaanbieder niet alleen op de website, doch ook in een brochure beschikbaar. Dit is een extra service voor de cliënten, vooral voor hen die niet over een internetverbinding beschikken.

Concessiehouders Stichting Zorgkantoor Menzis, VGZ Zorgkantoor B.V., Trias Zorgkantoor B.V. en Univé Zorgkantoor B.V. zijn bij de bewaking van tijdige levering van niet-acute zorg als best practice aangemerkt (toetsingsaspect D1). Deze concessiehouders maken veel werk van de inzet van de wachtlijstregistratie bij de tijdige zorglevering, en van de controles op de tijdigheid van het AZR berichtenverkeer.

De concessiehouder Zorgkantoor DSW B.V. is bij het verstrekken van informatie over beschikbaarheid en bereikbaarheid van crisiszorg als best practice aangemerkt (toetsingsaspect D2). Deze concessiehouder benoemt de aanbieders van crisiszorg, de 24 beschikbaar- en bereikbaarheid en de contactgegevens voor zijn werkgebied helder in zijn crisisprotocollen. Ook heeft hij op de website een link naar de zorgregistratie ingericht waarop de crisiscoördinator de beschikbare crisiscapaciteit kan inzien.

2.4 Prestatie-indicator Klachtenbehandeling

2.4.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2011 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Klachtenbehandeling.¹²

¹² 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 eindscore van deze prestatie-indicator berekend.

Tabel 2.5. Scores 2011 per concessiehouder op Klachtenbehandeling

Service aan cliënten	Wegingsfactor 2011	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		3	6	6	-	6	3	-	6	6	6	3

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.

2.4.2 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 doorvoeren.

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.

2.4.3 Scores 2009 en 2011

De NZa constateert dat de uitvoering van klachtenbehandeling in 2011 ten opzichte van 2009 licht verbeterd is (zie tabel 2.6). Over 2010 is deze prestatie-indicator niet beoordeeld. Zes concessiehouders scoren een goed en drie een voldoende. Geen enkele concessiehouder scoorde een onvoldoende. Wel kon de NZa over 2011 over twee concessiehouders geen afgewogen oordeel geven. Het aantal geregistreerde klachten was voor een dergelijke beoordeling te laag.

Tabel 2.6. Resultaatscores concessiehouders 2009 en 2011: klachtenbehandeling

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

Bron: NZa

2.4.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten betreffen de naleving van de Awb:

- het binnen de wettelijke termijn afhandelen van klachten (drie concessiehouders, elf zorgkantoren) dan wel het tijdig verdagen van de afhandeling van de klacht (één concessiehouder, vier zorgkantoren);
- het klagers in alle gevallen tijdig in de gelegenheid stellen te worden gehoord (twee concessiehouders, acht zorgkantoren);
- het in de afhandelingsbrief wijzen op de mogelijkheid om bij de Nationale ombudsman een verzoekschrift in te dienen, en de hiervoor geldende wettelijke termijn (vijf concessiehouders, twaalf zorgkantoren);
- het tijdig schriftelijk bevestigen van ontvangen klachten (drie concessiehouders, negen zorgkantoren);
- het in alle gevallen schriftelijk reageren op de klacht (drie concessiehouders, zeven zorgkantoren);
- het in de klachtenbrief aansluiten bij de beleving van de klager, duidelijker verwoorden van de bevindingen van het onderzoek naar de klacht, ingaan op alle elementen van de klacht en het probleem van de klager helpen oplossen (twee concessiehouders, negen zorgkantoren);
- het in de afhandelingsbrief expliciet aangeven of een klacht gegrond dan wel ongegrond is (twee concessiehouders, tien zorgkantoren).

Daarnaast heeft de NZa geconstateerd dat de procedures voor klachtenbehandeling op onderdelen nog niet voldoen. Het betreft vooral een op de uitvoering van de AWBZ toegesneden procedurebeschrijving en/of het beschikbaar zijn van goede managementrapportages (vijf concessiehouders, vijftien zorgkantoren).

2.4.5 Analyse

De NZa constateert dat de concessiehouders ten opzichte van 2009 over de gehele linie (een beperkte) vooruitgang hebben geboekt in het behandelen van klachten. Er resteren nog belangrijke verbeterpunten.

De afhandeling van klachten geschiedt bij drie concessiehouders nog steeds niet altijd binnen de wettelijke termijnen.

Ook de afhandelingsbrief verdient nog veel aandacht. Afgezien van het feit dat drie concessiehouders niet altijd schriftelijk reageren op een op schrift ingediende klacht, zijn er nog veel verbeteringen mogelijk in de inhoud van de klachtenbrief zelf. Zo vermelden vijf concessiehouders nog niet de mogelijkheid voor de cliënt om een verzoekschrift bij de Nationale ombudsman in te dienen, en/of de termijn waarin dit moet gebeuren. Daarnaast moeten twee concessiehouders in de afhandelingsbrief nog meer aandacht besteden aan de bevindingen van het onderzoek naar de klacht, hun oordeel daarover en eventuele conclusies die zij daaraan verbinden.

Wel heeft de NZa geconstateerd dat de procedures voor klachtenbehandeling verbeterd zijn. Ook hier zijn op onderdelen bij vijf concessiehouders nog verbeteringen mogelijk in de beschrijving van de procedures en/of in de managementrapportages.

2.4.6 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 voor het oordeel op deze prestatie-indicator al zwaar meegewogen en betrokken bij het bepalen van 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.

Klachtalertheid blijft een aandachtspunt. Net als in 2009 hebben twee concessiehouders geen of nauwelijks klachten ontvangen (minder dan vijf klachten). De NZa heeft zich van een oordeel over het functioneren van beide concessiehouders onthouden. 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.

2.4.7 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 bij de opvolging van de Awb (toetsingsaspect C). Deze concessiehouder heeft het substantieel aantal ontvangen klachten vrijwel geheel volgens de eisen afgehandeld. Hij bereikte hierbij in 2011 bovendien een korte gemiddelde doorlooptijd van minder dan zeven kalenderdagen.

2.5 Prestatie-indicator Contracteerproces

2.5.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2011 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Contracteerproces.¹³

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 1 wordt de eindscore van deze prestatie-indicator berekend.

Tabel 2.7. Scores 2011 per concessiehouder op Contracteerproces

Zorginkoop en -contractering	Wegingsfactor 2011	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
Contracteerproces	1		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

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.

2.5.2 Te stellen eisen

Concessiehouders moeten aansluiten bij de vraag van verzekerden. Dat kunnen ze bereiken door met verzekerden te overleggen en de uitkomsten daarvan in hun inkoopbeleid te implementeren, en hierin ook voldoende aandacht te geven aan de positie van de cliëntenraad.

Ook door de inzet van de 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.

De inkoop van de benodigde zorg in natura door de concessiehouder steunt op een goede raming van de totale zorgvraag, afhankelijk van de demografische ontwikkelingen. Daarnaast benoemt de concessiehouder in zijn inkoopbeleid duidelijk de gunningcriteria en de gevolgen van het niet nakomen van het contract door de zorgaanbieders in de overeenkomst.

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

Concessiehouders moeten de procedure voor het contracteerproces en het contracteerbeleid tijdig kenbaar maken aan de zorgaanbieders en daarbij vermelden welk model ze hanteren voor de inkoop van zorg. Ook moet iedere zorgaanbieder, met wie een overeenkomst is gesloten, voorafgaand aan de indiening van de tariefaanvraag bij de NZa worden geïnformeerd over de som van de in de zorgkantoorregio overeengekomen budgetten.

Concessiehouders moeten in hun inkoopbeleid duidelijk aangeven wat zij onder onderaanneming verstaan en welke consequenties zij verbinden aan onderaanneming.

2.5.3 Scores 2009 en 2011

De NZa heeft geconstateerd dat de uitvoering van contracteerproces in 2011 ten opzichte van 2009 gelijk is gebleven (zie tabel 2.8). Alle concessiehouders scoren een goed.

Tabel 2.8. Resultaatscores concessiehouders 2009 en 2011: contracteerproces

Zorginkoop en -contractering	2011			2009		
	Goed	Vol-doende	Onvol-doende	Goed	Vol-doende	Onvol-doende
Contracteerproces	11	0	0	11	0	0

Bron: NZa

2.5.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten in het contracteerbeleid zijn:

- het expliciet benoemen in het inkoopbeleid welke voorstellen en speerpunten van cliëntorganisaties hierin zijn meegenomen (vijf concessiehouders, zeventien zorgkantoren);
- het stimuleren van een verdere verbetering van de registratie van de wachtlijststatus door de zorgaanbieder (acht concessiehouders, 25 zorgkantoren);
- het duidelijker aangeven hoe de beoordeling van de offertes en het vervolg van de inkoopprocedure voor nieuwe aanbieders in het inkoopproces verloopt (vier concessiehouders, acht zorgkantoren);
- het alle zorgaanbieders tijdig op de hoogte brengen, in ieder geval bij de contracteerronde van 1 november in het jaar t-1 en 1 november in het jaar t, van de stand van de contracteerruimte over het jaar t (drie concessiehouders, zeven zorgkantoren);
- het in het inkoopbeleid duidelijk(er) aangeven welke definitie van onderaanneming de concessiehouder hanteert (vier concessiehouders, acht zorgkantoren), welke vormen van onderaanneming de concessiehouder als zodanig onderscheidt (zeven concessiehouders, vijftien zorgkantoren) en het verbinden van consequenties voor de hoofdaannemer als de - via onderaanneming - geleverde zorg niet aan de kwaliteitsnormen voldoet (twee concessiehouders, drie zorgkantoren).

2.5.5 Analyse

De NZa constateert dat alle concessiehouders inmiddels regelmatig overleggen met cliëntorganisaties over knelpunten in de AWBZ-zorg. Of de uitkomsten hiervan ook vertaald worden in het inkoopbeleid, blijkt echter niet bij alle concessiehouders. De NZa hecht hieraan belang, omdat de behoeften van de cliënt een belangrijk uitgangspunt moeten zijn voor verbeteringen en innovatie in de AWBZ-zorg.

Naar de mening van de NZa kan de transparantie van het inkoopproces bij een aantal concessiehouders nog verbeteren. Het betreft:

- het duidelijker aangeven hoe de beoordeling van de offertes en het vervolg van de inkoopprocedure voor nieuwe aanbieders verloopt;
- een tijdige berichtgeving aan alle zorgaanbieders van het beslag op de contracteerruimte en de resterende middelen;
- een duidelijke definitie van onderaanneming, voorbeelden hiervan en het vermelden van de consequenties voor de hoofdaannemer als de geleverde zorg niet aan de kwaliteitsnormen voldoet.

De NZa hecht veel waarde aan het verder verbeteren van de afstemming van de wachtlijstinformatie met de zorgaanbieder. Dit verbeterpunt is al besproken in paragraaf 2.3.5.

2.5.6 Vervolgactie

Vooraf de transparantie van het inkoopbeleid blijft een belangrijk toetsingspunt voor de NZa. De NZa zal de opvolging van de verbeterpunten volgen. De NZa verwacht van concessiehouders dat zij deze verbeterpunten realiseren in het inkoopbeleid voor 2014.

2.5.7 Best practices Contracteerproces

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

De concessiehouders VGZ Zorgkantoor B.V., Trias Zorgkantoor B.V. en Univé Zorgkantoor B.V. zijn als best practice aangemerkt bij het realiseren van een goed inzicht in de zorgvraag intramuraal (toetsingsaspect A2). Zij zijn in de actualiteit van de wachtlijstinformatie, waaronder de wachtstatus, het verst gevorderd. Ook stemmen deze concessiehouders de wachtlijstinformatie uit AZR niet alleen periodiek met elke zorgaanbieder af ter controle op volledigheid, tijdigheid en juistheid, maar bespreken deze ook inhoudelijk. Aandachtspunten zijn hierbij onder meer eventuele overschrijdingen van de termijn voor actief wachtenden (Treeknorm), het aandeel wenswachtenden en de duur van overbruggingszorg.

2.6 Prestatie-indicator Materiële controle

2.6.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2011 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Materiële controle.¹⁴

Tabel 2.9. Scores 2011 per concessiehouder op Materiële controle

Service aan cliënten	Wegingsfactor 2011	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	1		1	1	2	2	2	0	0	1	1	1	2

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.

¹⁴ 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 eindscore van deze prestatie-indicator berekend.

2.6.2 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 vervolgacties instellen indien sprake is van ondoelmatige of onrechtmatige zorg.

Op 15 juni 2011 is in de Staatscourant (nr. 10301) de Regeling persoonsgegevens zorgverzekeraars AWBZ gepubliceerd. Met deze regeling is de Regeling zorgverzekering van overeenkomstige toepassing verklaard voor de AWBZ voor wat betreft het uitvoeren van formele en materiële controles, het doen van fraudeonderzoek en het enquêteren. Omdat deze wijziging in wet- en regelgeving tot stand is gekomen na het publiceren van de Prestatiemeting AWBZ, is het naleven van de bepalingen uit de Regeling persoonsgegevens AWBZ en de bepalingen uit de Regeling zorgverzekering niet meegewogen in het oordeel over de uitvoering van de materiële controles over 2011. De naleving van de gewijzigde regelgeving wordt expliciet getoetst via de prestatiemeting 2012.

2.6.3 Scores 2009 en 2011

De NZa oordeelt in 2011 - ten opzichte van 2009 - aanmerkelijk minder positief over de uitvoering van het proces Materiële controle (zie tabel 2.10). Vier concessiehouders scoren een goed, vijf een voldoende en twee een onvoldoende. In 2009 scoorden tien concessiehouders nog een goed en één concessiehouder een voldoende.

De NZa heeft in de puntentoekening over 2011 meer nadruk gelegd bij de uitvoering van de materiële controles. Ook heeft de NZa extra informatie opgevraagd, waardoor een beter beeld is verkregen van het functioneren van de concessiehouder op deze prestatie-indicator.

Tabel 2.10. Resultaatscores concessiehouders 2009 en 2011: Materiële controle

Service aan cliënten	2011			2009		
	Goed	Vol- doende	Onvol- doende	Goed	Vol- doende	Onvol- doende
Materiële controle	4	5	2	10	1	0

Bron: NZa

2.6.4 Verbeterpunten

Organisatie

Bij acht concessiehouders 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 borgen van de functiescheiding tussen materiële controle en zorginkoop (zes concessiehouders, dertien zorgkantoren);
- het verhogen van de capaciteit voor de materiële controle (drie concessiehouders, tien zorgkantoren);
- het betrekken van de coördinator fraudebestrijding bij de controle-opzet (acht concessiehouders, 23 zorgkantoren);
- het borgen van voldoende medische inbreng bij de controles (twee concessiehouders, zeven zorgkantoren).

Plan van aanpak en risicoanalyse

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

- het tijdig opstellen van het plan van aanpak en de risicoanalyse;
- de transparantie van de risicoanalyse en de onderbouwing van selectie van zorgaanbieders voor de detailcontroles;
- het beschrijven van het beleid van vervolgacties bij geconstateerde onregelmatigheden uit materiële controles.

Uitvoering

Geen enkele concessiehouder heeft in de uitvoering van de materiële controles de maximale score behaald. De belangrijkste verbeterpunten in de uitvoering van de materiële controles zijn:

- het tijdig uitvoeren van de materiële controle, op alle te selecteren zorgaanbieders volgens het plan van aanpak en/of een voldoende inzet van controletechnieken (drie concessiehouders, elf zorgkantoren);
- het inzetten van enquêtes als onderdeel van de controlemiddelen (acht concessiehouders, 21 zorgkantoren);
- het tijdig opstellen van de foutevaluatie en/of de controles uitbreiden als de evaluatie daartoe aanleiding geeft (twee concessiehouders, zeven zorgkantoren);
- het verbeteren van de inbreng van de coördinator fraudebestrijding bij de evaluatie van de controleresultaten (zeven concessiehouders, 24 zorgkantoren);
- het zich beter verantwoorden over de vervolgacties naar aanleiding van uitgevoerde materiële controles (vijf concessiehouders, elf zorgkantoren);
- het overgaan tot financiële correcties naar aanleiding van de materiële controles (drie concessiehouders, veertien zorgkantoren).

Managementinformatie

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

2.6.5 Analyse

De NZa constateert dat het aantal verbeterpunten voor de materiële controle ten opzichte van 2009 is toegenomen.

Vooral 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 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. Inzet van data-analyse is nog beperkt doordat nog geen sprake is van op cliëntniveau declareren in 2011. De NZa merkt op dat de concessiehouders meer kunnen samenwerken op het terrein van de risico- en data-analyses voor de materiële controle. In ZN-verband zou kunnen worden gezien hoe de risico- en data-analyse uniform kan worden opgepakt.

Bij de beoordeling van de uitvoering is bij meerdere concessiehouders de inzet van het controle-instrument enquête een discussiepunt geweest. Concessiehouders zijn hierin terughoudend gelet op de doelgroep. De NZa is van mening dat daar waar op basis van risicoanalyse of signalen de daadwerkelijke levering van gedeclareerde zorg in het geding is het instrument van enquête wel moet worden ingezet.

Een belangrijk aandachtspunt is 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 de naleving van de nieuwe regelgeving voor de materiële controles conform de Regeling persoonsgegevens zorgverzekeraars AWBZ niet getoetst voor de prestatiemeting 2011, omdat deze regeling pas medio 2011 in de Staatscourant is gepubliceerd. De prestatiemeting AWBZ was op dat moment al gepubliceerd.

De NZa constateert bij het onderzoek dat het openbaar maken van de controledoelen en het controleplan nog verbetering behoeft. Slechts enkele concessiehouders hebben hier invulling aan gegeven door publicatie op de internetsite.

Het onderscheid tussen de in de Regeling zorgverzekering opgenomen algemene en specifieke risicoanalyse en controleplannen om te bepalen bij welke zorgaanbieders detailcontroles worden ingezet behoeft eveneens aandacht. Uit inzage in de controleplannen 2012 en interviews blijkt dat de zorgverzekeraars onderkennen dat voldaan moet worden aan de gewijzigde regelgeving en de bepalingen voor proportionele inzet van controlemiddelen en privacybescherming. Ook blijkt dat veel concessiehouders nog steeds vragen om toestemming aan de cliënt voor inzage van het medische dossier, daar waar dat op grond van de Regeling zorgverzekering niet meer noodzakelijk is.

De naleving van de bepalingen uit de Regeling zorgverzekering zal bij de prestatiemeting AWBZ 2012 nadrukkelijk worden getoetst.

2.6.6 Vervolgactie

Gezien het grote aantal verbeterpunten zal de NZa de uitvoering van de materiële controle nauwlettend volgen. Dit is des te belangrijker, omdat de prestatie-eisen vanaf het onderzoekjaar 2012 worden aangescherpt.

De verbeterpunten die betrekking hebben op de feitelijke uitvoering van de materiële controles worden door de NZa voor het oordeel op deze

prestatie-indicator al zwaar meegewogen. De NZa ziet echter ook op de andere toetsingsaspecten aanzienlijke tekortkomingen.

Maatregel

Stichting Zorgkantoor Menzis en Salland Zorgkantoor B.V. moeten het proces Materiële controle op orde brengen. Deze concessiehouders moeten hiertoe een verbeterplan opstellen en de te nemen maatregelen implementeren. De NZa heeft Stichting Zorgkantoor Menzis en Salland Zorgkantoor B.V. hiervoor een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. De NZa zal dit proces kritisch volgen. De hierbij gehanteerde rapportagedata zijn 1 april, 1 juli en 1 oktober 2013.

De NZa heeft aan deze prestatie-indicator in de prestatiemeting 2012 al een zwaardere wegingsfactor toegekend.

2.6.7 Best practices Materiële controle

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

Concessiehouder OWM Zorg en Zekerheid U.A. is als best practice aangemerkt bij de organisatie van de materiële controles. Bij deze concessiehouder wordt de materiële controle uitgevoerd in een zelfstandige afdeling, met inbreng van verschillende disciplines, waaronder naast medische deskundigheid een expert op het gebied van data-analyse.

Concessiehouder CZ Zorgkantoor B.V. is als best practice aangemerkt voor de betrokkenheid van de coördinator fraudebestrijding bij de materiële controles.

Via een project Schadelastbeheer is de coördinator fraudebestrijding betrokken bij opzet en evaluatie van materiële controles.

2.7 Prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik

2.7.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de scores 2011 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik.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 1 wordt de eindscore van deze prestatie-indicator berekend.

Tabel 2.11. Scores 2011 per concessiehouder op Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik

Service aan cliënten	Wegingsfactor 2011	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	1		1	1	1	2	2	1	0	1	1	1	2

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.

2.7.2 Te stellen eisen

Van misbruik 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 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 misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ. Het plan van aanpak moet duidelijkheid bieden over de wijze waarop de concessiehouder voldoet aan het Fraudeprotocol van het Verbond van Verzekeraars, onderdeel van de Gedragscode voor de Zorgverzekeraar.

Het fraudeprotocol stelt eisen aan de wijze waarop de verzekeraars fraudebestrijding ter hand nemen. Deze eisen hebben te maken met het beschikbaar zijn van een fraudebeleidsplan, het aanstellen van een coördinator fraudebestrijding, het voeren van een intern incidentenregister, het doorgeven van geconstateerde fraudes aan het Fraudeloket Verzekeringsbedrijf en het registreren van fraudezaken in het Extern Verwijsregister. Concessiehouders moeten risicoanalyses uitvoeren en op basis van de uitkomsten van deze risicoanalyses de insteek en prioriteiten bepalen van de werkzaamheden gericht op de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. Deze risicoanalyses moeten in het plan van aanpak zijn opgenomen of hierbij aansluiten.

De concessiehouder moet bij vermoeden van misbruik en oneigenlijk gebruik altijd de coördinator fraudebestrijding inschakelen.

Bij geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik is het van belang dat de concessiehouder structureel de volgende acties onderneemt en de resultaten daarvan inzichtelijk maken:

- melding aan het fraudeloket bij het verbond van verzekeraars;
- aangifte doen bij de politie/OM;
- registreren in het Intern Verwijs Register (IVR) en het Externe Verwijs Register (EVR);
- geconstateerd oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden melden aan beleidsbepalende organisaties, zoals het Ministerie van VWS, het CVZ en/of de NZa.

De concessiehouder moet zo nodig overgaan tot terugvordering van onrechtmatig bestede bedragen. Hij registreert signalen en resultaten van onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik in een database. De concessiehouder moet bij de registratie onderscheid maken tussen Zvw en AWBZ en tussen verzekerden en zorgaanbieders.

Het management van de concessiehouder moet periodiek aantoonbaar worden geïnformeerd over inspanningen en resultaten van bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik.

2.7.3 Scores 2009 en 2011

De NZa oordeelt in 2011 - ten opzichte van 2009 - aanmerkelijk minder positief over de uitvoering van het proces Bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik (zie tabel 2.12). Drie concessiehouders scoren een goed, zeven een voldoende en één een onvoldoende. In 2009 scoorden nog acht concessiehouders een goed en drie een voldoende.

Voor deze prestatie-indicator is voor 2011 ten opzichte van 2009 de nadruk in de puntentoekening sterker gelegd op het onderdeel uitvoering van de onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik. De NZa heeft hieraan in dit onderzoek dan ook extra aandacht besteed. Ook heeft de NZa extra informatie opgevraagd, waaronder de resultaten per concessiehouder uit de jaarlijkse fraude-enquête van Zorgverzekeraars Nederland. Hierdoor is ten opzichte van 2009 een beter beeld verkregen van het functioneren van de concessiehouders.

Tabel 2.12. Resultaatscores concessiehouders 2009 en 2011: Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik

Service aan cliënten	2011			2009		
	Goed	Vol-doende	Onvol-doende	Goed	Vol-doende	Onvol-doende
Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik	3	7	1	8	3	0

Bron: NZa

2.7.4 Verbeterpunten

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 (zeven concessiehouders, 24 zorgkantoren);
- het opstellen of actualiseren van een plan van aanpak voor bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik en het nader concretiseren van het fraudebeleid (acht concessiehouders, 25 zorgkantoren);

- het onderzoek baseren op risicoanalyse (zeven concessiehouders, 21 zorgkantoren).

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

- het inzetten van bestands- en systeemvergelijkingen op risico-gebieden (zeven concessiehouders, 21 zorgkantoren);
- het voldoende aandacht besteden aan vermoedens van intern misbruik of oneigenlijk gebruik (vier concessiehouders, achttien 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 (acht concessiehouders, 23 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 Fraudeloket, aangifte bij de politie en het Openbaar Ministerie (tien concessiehouders, 26 zorgkantoren);
- het adequaat informeren van het management over de opzet, resultaten en vervolgacties van de onderzoeken (vijf concessiehouders, veertien zorgkantoren).

2.7.5 Analyse

De NZa constateert dat het aantal verbeterpunten in de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik ten opzichte van 2009 fors is toegenomen. Dit kan niet alleen worden toegeschreven aan de diepgang, waarmee de NZa deze prestatie-indicator over 2011 heeft onderzocht. Geconstateerd moet worden 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. Dit aantal fte varieert tussen de 0,5 en 4 fte's per zorgkantoor.

Duidelijk is 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 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. De onderzoeken naar pgb-fraude zijn erg arbeidsintensief en het is voor de concessiehouders lastig om vast te stellen of daadwerkelijk sprake is van zorgfraude. De concessiehouders hebben slechts beperkte mogelijkheden om fraude door bemiddelingsbureaus of zorgaanbieders bij pgb zorg te onderzoeken. De zorgkantoren hebben een overeenkomst met een budgethouder en niet met de zorgverlener of een bemiddelingsbureau. Over 2011 is door de concessiehouders voor een bedrag van € 2.328.000 aan AWBZ-zorgfraude vastgesteld (bron fraude-enquête 2011 ZN).

Een belangrijk aandachtspunt is dat meer dan de helft van de zorgverzekeraars/concessiehouders onvoldoende overgaat tot vervolgacties naar aanleiding van geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik. Uit de jaarlijkse enquête van ZN blijkt dat voor de vastgestelde fraudezaken, totaal 393 over 2011, slechts bij 13,1% een registratie in het EVR plaatsvindt en slechts bij 8,2% wordt overgegaan tot aangifte bij politie of Openbaar Ministerie. Uit de gesprekken met de coördinatoren fraudebestrijding blijkt dat dit het gevolg is van het sanctiebeleid 'Maatregelen bij geconstateerde fraude' dat door ZN is opgesteld. Dit sanctiebeleid gaat uit van proportionaliteit van de vervolgacties. Door coördinatoren fraudebestrijding is aangegeven dat hierdoor sprake is van terughoudendheid met inzetten van vervolgacties. Ook is door de coördinatoren fraudebestrijding uitgesproken dat aangifte bij de lokale politie niet tot resultaten leidt, waardoor aangifte veelal achterwege blijft.

De NZa heeft met ZN een procedure afgesproken voor de melding van fraudezaken van zorgaanbieders. Via het Tripartiete Overleg met Openbaar Ministerie en Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst (FIOD) kunnen deze meldingen worden beoordeeld voor eventuele strafrechtelijke of bestuursrechtelijke aanpak. Voor fraudezaken van verzekerden of derden moet nog nader worden bepaald hoe met aangifte wordt omgegaan. Naar de mening van de NZa moet het door ZN opgestelde sanctiebeleid worden aangescherpt.

Ontwikkelingen

Vanaf begin 2012 zijn belangrijke stappen gezet in de samenwerking tussen de zorgverzekeraars op het terrein van bestrijding van zorgfraude. Zo is in maart 2012 het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg bij ZN gestart. Hierbij is een meldingsprocedure voor zorgfraude door zorgaanbieders tussen ZN en NZa tot stand gekomen. Hiervoor is een convenant in ontwikkeling. Ook heeft ZN in samenwerking met het Verbond van Verzekeraars een monitor fraudebeheersing ontwikkeld. Deze monitor bestaat uit een self assessment door de zorgverzekeraars, waarbij getoetst wordt of de bepalingen uit het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit worden opgevolgd. Daarnaast worden fraudecijfers verzameld bij ZN.

2.7.6 Vervolgactie

Gezien het grote aantal verbeterpunten zal de NZa de uitvoering van de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik nauwlettend volgen. Dit is des te belangrijker, omdat de prestatie-eisen vanaf het onderzoekjaar 2012 worden aangescherpt.

De verbeterpunten die betrekking hebben op de feitelijke uitvoering van de onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik worden door de NZa voor het oordeel op deze prestatie-indicator al zwaar meegewogen. De NZa ziet echter ook op de andere toetsingsaspecten tekortkomingen. De NZa zal in overleg treden met ZN over de bevindingen en over de aanscherping van het door ZN opgestelde sanctiebeleid voor maatregelen na constatering van fraude.

Maatregel

Salland Zorgkantoor B.V. moet het proces Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik op orde brengen. Salland Zorgkantoor B.V. moet hiertoe een verbeterplan opstellen en de te nemen maatregelen implementeren. De NZa heeft Salland Zorgkantoor B.V. hiervoor een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. De NZa zal dit proces kritisch volgen.

De hierbij gehanteerde rapportagedata zijn 1 april, 1 juli en 1 oktober 2013.

De NZa heeft aan deze prestatie-indicator in de prestatiemeting 2012 al een zwaardere wegingsfactor toegekend.

2.7.7 Best practices bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik

De concessiehouders van de 'regionale' zorgverzekeraars, Zorgkantoor Friesland B.V., Zorgkantoor DSW B.V. en OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A., kennen verhoudingsgewijs een betere score voor het proces bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik dan de overige concessiehouders. Zorgkantoor DSW B.V. vormt een best practice in de afstemming van fraudesignalen met de NZa.

2.8 Prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

2.8.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de uitkomsten van 2011 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura, vallend onder prestatieveld 3: Moderne administratieve organisatie.

Er wordt over deze prestatie-indicator geen oordeel gegeven. Het onderzoek heeft zich uitsluitend gericht op de eerste drie van de vijf toetsingsaspecten A tot en met E. Wel is op basis hiervan een indicatieve vergelijking gemaakt van de concessiehouders.

Op de drie onderzochte toetsingsaspecten kan de concessiehouder maximaal 7 van de 10 punten behalen.

Concessiehouder Agis Zorgverzekeringen N.V. bereikte hierbij de laagste score (5 punten).

2.8.2 Te stellen eisen aan de onderzochte toetsingsaspecten

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 intramurale declaratie op cliëntniveau in 2011 voort te zetten en de extramurale declaratie op cliëntniveau vanaf 1 juli 2011 te implementeren conform de *Regeling declaratie AWBZ-zorg CA/NR 300.001 en 300.006*: bewaking van een tijdige en juiste declaratie door alle zorgaanbieders en het uitvoeren van formele controles op de ingediende declaraties.

2.8.3 Vergelijking met voorgaande jaren

Omdat over 2011 niet alle toetsingsaspecten zijn onderzocht is vergelijking met voorgaande jaren, waarin deze prestatie-indicator integraal beoordeeld is, niet mogelijk.

2.8.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- het in de overeenkomst met zorgaanbieders expliciet afspraken maken over de declaratie op cliëntniveau, de relatie hiervan met de bevoorschotting, en criteria van tijdigheid, volledigheid en juistheid van de declaratie (vier concessiehouders, tien zorgkantoren);
- het verder ondersteunen van het declareren op cliëntniveau van zorg gebaseerd op BJZ-indicaties. Deze declaratie door de zorgaanbieders is nog niet van de grond gekomen (negen concessiehouders, 29 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 (vijf concessiehouders, vijftien zorgkantoren);
- het actiever benaderen dan wel sanctioneren van zorgaanbieders bij het voortdurend uitblijven van een volledige of juiste declaratie op cliëntniveau (drie concessiehouders, zes zorgkantoren);
- het maandelijks aanpassen van de bevoorschotting van alle zorgaanbieders op basis van de gerealiseerde productie (tien concessiehouders, 26 zorgkantoren).

2.8.5 Analyse

Ook omdat de eisen aan deze prestatie-indicator elk jaar worden aangescherpt, is vergelijking met voorgaande jaren niet goed mogelijk. De NZa merkt op dat bij een aantal concessiehouders de consequenties van niet tijdige of niet volledige declaratie op cliëntniveau nog niet voldoende in de overeenkomst 2012 met de zorgaanbieders zijn uitgewerkt. Verder constateert de NZa dat in 2011, ondanks verbeteringen, bijna alle concessiehouders nog niet alle zorgaanbieders maandelijks en zonder marges bevoorschotten op basis van de realisatie.

Dit zijn aandachtspunten, omdat de NZa van zorgkantoren verlangt in 2013 over te gaan op maandelijkse bevoorschotting van zorgaanbieders op basis van de gerealiseerde productie, gedeclareerd op cliëntniveau.

De indicaties van de BJZ zijn voor concessiehouders moeilijk te verwerken, omdat zij veelal nog op papier gesteld zijn. De meeste concessiehouders blijken daarom een op deze indicaties gebaseerde declaratie op cliëntniveau niet te ondersteunen. Het verdiepend onderzoek gaat hierop in paragraaf 3.5.3 nader in. Concessiehouders zullen de BJZ-indicaties langs alternatieve weg moeten verwerken in een elektronische zorgtoewijzing, zodat het wachtlijst- en declaratieverkeer weer via de elektronische weg kan plaatsvinden. Dit is noodzakelijk, aangezien de Regeling Declaratie AWBZ-zorg ook geldt voor BJZ-geïndiceerde zorg.

Tot slot moet een aantal concessiehouders de periodieke management-rapportage over de voortgang van de declaratie op cliëntniveau verbeteren. De eisen die in 2013 aan het declaratieverkeer gesteld worden, zijn zwaar. De NZa vindt het van belang dat het management van het zorgkantoor adequaat wordt geïnformeerd over de volledigheid en tijdigheid waarmee de zorgaanbieders op cliëntniveau declareren, en hierop gericht actie neemt.

2.8.6 Vervolgacties

De NZa zal de opvolging van de verbeterpunten nagaan.

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 gaat er van uit dat per 1 januari 2013 de bevoorschotting voor alle prestaties die op cliëntniveau kunnen worden gedeclareerd, op basis van deze declaratie gaat plaatsvinden, en niet meer op basis van de productiemonitor. In 2012 dienen de concessiehouders hierop de zorgaanbieders voor te bereiden. In dit kader volgt de NZa nauwlettend of - naast de juistheid en tijdigheid van de declaratie op cliëntniveau - de concessiehouders ook de volledigheid van de declaratie op cliëntniveau per zorgaanbieder volgen.

2.8.7 Best practices Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

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

Concessiehouder Stichting Zorgkantoor Menzis is als best practice aangemerkt bij de declaratieafspraken in de overeenkomst met de zorgaanbieder (toetsingsaspect A). Deze concessiehouder houdt per zorgaanbieder zeer goed overzicht van de voortgang van het AW319¹⁶ bericht in relatie tot de periodieke productiemonitor, zowel in aantallen als bedragen, en zowel per prestatie als op totaal niveau. Naast de tijdigheid en de juistheid heeft hij ook grip op de volledigheid van de declaratie op cliëntniveau.

De concessiehouders Stichting Zorgkantoor Menzis, Zorgkantoor Univé B.V., VGZ Zorgkantoor B.V. en Trias Zorgkantoor B.V. zijn als best practices aangemerkt bij de formele controles van declaratie op cliënt-

¹⁶ AW319 is het elektronisch bericht waarmee de zorgaanbieder per declaratietijdvak conform de afspraken tussen ketenpartners de declaratie op cliëntniveau in 2011 via Vektis naar het zorgkantoor zendt.

niveau (toetsingsaspect B.e). Deze zorgkantoren controleren hierbij ook of de declaratie in overeenstemming is met de aan- en afmelding in de AZR. Ook controleren zij bij extramurale zorg of voor de cliënt meer uren worden geleverd dan de indicatie toestaat. Naar de mening van de NZa bevordert dit een betrouwbare administratie op cliëntniveau, en de juistheid en tijdigheid van de intramurale eigen bijdrageheffing. Ook dringt dit de noodzaak tot terugvorderingen van onrechtmatige declaraties terug.

Concessiehouder CZ Zorgkantoor B.V. is als best practice aangemerkt bij de periodieke aanpassing van het voorschot van de zorgaanbieder op basis van de gerealiseerde productie (toetsingsaspect C1). Deze concessiehouder paste als enige in 2011, bij alle zorgaanbieders maandelijks de bevoorschotting aan de gedeclareerde productie aan, zonder marge. Dit is een goede voorbereiding van de zorgaanbieders op de situatie vanaf 2013, als de feitelijke productie – op basis van de declaratie op cliëntniveau – de maat wordt voor de maandelijkse bevoorschotting.

2.9 Prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau: pgb

2.9.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de uitkomsten van 2011 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Administratie op verzekerden niveau voor pgb, vallend onder prestatieveld 3: Moderne administratieve organisatie.

Er wordt over deze prestatie-indicator geen oordeel gegeven. Het onderzoek heeft zich uitsluitend gericht op de toetsingsaspecten A1 en C. Wel is op basis hiervan een indicatieve vergelijking gemaakt van de concessiehouders. Op de twee onderzochte toetsingsaspecten kan de concessiehouder maximaal 7 van de 10 punten behalen.

Concessiehouder Achmea Zorgkantoor N.V. bereikte hierbij de laagste score: 5,75 punten. De overige concessiehouders scoorden alle tenminste 6 punten.

2.9.2 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 controles¹⁷ 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.

¹⁷ Bij de globale controle controleert het zorgkantoor per voorschotperiode 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*).

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.

2.9.3 Vergelijking met voorgaande jaren

Omdat over 2011 niet alle toetsingsaspecten zijn onderzocht is vergelijking met voorgaande jaren, waarin deze prestatie-indicator integraal beoordeeld is, niet goed mogelijk.

2.9.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten in budgettoekenning, controleplan en bestandsanalyses zijn:

- het uitvoeren van bestandsanalyses op de gehele populatie pgb-houders en/of de verbetering van deze analyses. Voorkomen moet worden dat het pgb doorloopt nadat de pgb-houder is overleden (drie concessiehouders, elf zorgkantoren).

De belangrijkste verbeterpunten bij de intensieve controles zijn:

- het borgen dat steeds alle toetsingspunten van de intensieve controles geraakt worden (drie concessiehouders, twaalf zorgkantoren);
- het verbinden van consequenties aan de uitkomsten van de foutevaluatie en van de intensieve controles: uitbreiding van de controles, aanscherping van de controle-aanpak en communicatie naar de budgethouders en/of betere vastlegging hiervan (zeven concessiehouders, 26 zorgkantoren);
- het in continuïteit uitvoeren van voldoende materiële controles (inclusief huisbezoeken) op basis van de uitkomsten van de intensieve controle en/of verbetering van de verslaglegging hiervan (vijf concessiehouders, zestien zorgkantoren).

2.9.5 Analyse

In het onderzoek over 2010 constateerde de NZa dat alle zorgkantoren beschikken over een adequate cliëntvolgende bedrijfsadministratie voor het pgb. De NZa heeft in het onderzoek over 2011 niet de volledige prestatie-indicator onderzocht, maar zich vooral toegespitst op die onderdelen, waarop volgens het onderzoek over 2010 nog veel verbetering mogelijk is.

De verbeterpunten uit 2010 vloeien voort uit de toepassing van het nieuwe controleprotocol van het CVZ en zijn vrij gedetailleerd en daarom ook talrijk. Er bleken veel verbeterpunten bij de formele controles bij budgettoekenning en de hantering van het controleplan voor een juiste vaststelling van de budgetten en de eigen bijdragen. Ook kwam uit het onderzoek over 2010 naar voren dat meerdere concessiehouders de rapportages van de uitgevoerde intensieve controles moeten verbeteren. Weliswaar bleek dat het percentage gecontroleerde dossiers die (gedeeltelijk) waren afgekeurd hoog was, maar dat desondanks concessiehouders naar aanleiding hiervan geen concrete vervolgacties ondernamen.

Uit het onderzoek over 2011 blijkt dat de concessiehouders de verbeterpunten op de formele controles bij de budgettoekenning en hun controleplan goed hebben opgevolgd. Ook zijn in tegenstelling tot 2010 onvolkomenheden in de controle op verzekeringsrecht en samenloop met zorg in natura niet meer vastgesteld. Wel verdient de uitvoering van de bestandsanalyses bij enkele concessiehouders nog verbetering.

In alle gevallen moet kunnen worden vastgesteld of een pgb op enig moment nog rechtmatig aan de budgethouder wordt toegekend.

De NZa constateert dat de verbeterpunten 2010 voor de intensieve controles nog onvoldoende zijn opgevolgd. Bij enkele concessiehouders blijkt onvoldoende dat alle controlepunten worden geraakt. Verder worden de bevindingen uit de intensieve controle weliswaar beter vastgelegd dan in 2010, maar van gerichte vervolgactie blijkt onvoldoende. Het gaat hier zowel om de noodzaak tot uitbreiding van intensieve controle over een groter aantal dossiers, als om de inzet van materiële controle als het dossier daartoe aanleiding geeft.

2.9.6 Vervolgacties

De verbeterpunten, vooral die betrekking hebben op intensieve controle, verdienen de volle aandacht van de NZa. De NZa zal de opvolging hiervan nauwlettend volgen.

Daar waar de NZa 2010 nog beschouwde als een ervaringsjaar, heeft de NZa aan cruciale toetsingsaspecten die verband houden met het Controleprotocol PGB-AWBZ voor 2011 een hogere waardering toegekend. Duidelijk is dat de bevindingen uit de (intensieve) controle in 2011 beter in een foutevaluatie worden vastgelegd, maar dat het door concessiehouders gehanteerde onderscheid in incidentele en structurele fouten vragen oproept. Deze is relevant voor een goede follow up: noodzaak tot uitbreiding van de controles en/of de verbetering van de risicoanalyse voor de select te trekken dossiers. Ook het treffen van vervolgacties op het dossier zelf verdient verbetering, als de bevindingen daartoe aanleiding geven.

2.9.7 Best practices Administratie op verzekerdeniveau: pgb

Concessiehouder OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. is als best practice aangemerkt bij de uitvoering van de intensieve controles (toetsingsaspect C4). Deze concessiehouder heeft in totaal bij bijna 8% van de budgethouders intensieve controles uitgevoerd.

2.10 Prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening

2.10.1 Inleiding

In deze paragraaf zijn de uitkomsten van 2011 per concessiehouder opgenomen voor de prestatie-indicator Monitoring continuïteit zorgverlening, vallend onder prestatieveld 3: Moderne administratieve organisatie.

Er wordt over deze prestatie-indicator geen oordeel gegeven. Het onderzoek heeft zich uitsluitend gericht op de toetsingsaspecten A1, B1 en B4. Wel is op basis hiervan een indicatieve vergelijking gemaakt van de concessiehouders. Op de drie onderzochte toetsingsaspecten kan de concessiehouder maximaal 4 van de 10 punten behalen.

Concessiehouder Zorgkantoor DSW B.V. heeft geen enkel signaal van mogelijke discontinuïteit van zorg ontvangen. Hierdoor kon de NZa geen concrete vervolgacties beoordelen die deze concessiehouder op dergelijke signalen neemt.

Concessiehouder Salland Zorgkantoor B.V. bereikte de laagste score: 2,25 punten. De overige concessiehouders behaalden tenminste 2,75 punten.

2.10.2 Te stellen eisen aan de onderzochte toetsingsaspecten

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 moet de concessiehouder een 'early warningsysteem' (EWS) hanteren 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.

Tot slot is onderzocht het toetsingsaspect dat de concessiehouder de risico's die samenhangen met uitbesteding van zorg aan andere zorginstellingen of zelfstandigen zonder personeel, in voldoende mate moet monitoren.

2.10.3 Vergelijking met voorgaande jaren

Omdat over 2011 slechts enkele toetsingsaspecten zijn onderzocht is vergelijking met 2009, het laatste jaar waarin deze prestatie-indicator integraal beoordeeld is, niet mogelijk.

2.10.4 Verbeterpunten

De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- het verder uitwerken respectievelijk actualiseren van het draaiboek (stappenplan) voor het uitvoeren van onderzoek naar aanleiding van signalen (vijf concessiehouders, negen zorgkantoren);
- het structureel monitoren van de naleving van de afspraken door de zorgaanbieder over het waarborgen van de kwaliteit, rechtmatigheid en doelmatigheid bij uitbesteding van zorg (negen concessiehouders, 22 zorgkantoren).

2.10.5 Analyse

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

Het betrof vooral de vastlegging van de relevante verplichtingen van de zorgaanbieder in de overeenkomst, en het beter inzichtelijk maken van de vervolgacties van de concessiehouder op basis van de uitkomsten van het EWS. De NZa constateert in het onderzoek over 2011 dat concessiehouders deze verbeterpunten in het algemeen goed opvolgen

Ook bleek uit het onderzoek over 2009 dat veel concessiehouders de naleving van de afspraken door de zorgaanbieders bij uitbesteding van zorg over kwaliteit, rechtmatigheid en doelmatigheid onvoldoende volgden. Uit het onderzoek over 2011 blijkt dat dit niet is verbeterd.

Verder constateert de NZa bij het onderzoek over 2011 dat veel concessiehouders hun onderzoekaankpak bij signalen onvoldoende uitwerken in een geactualiseerd draaiboek.

2.10.6 Vervolgacties

De NZa zal de verbeterpunten voor het stappenplan en de monitoring van uitbesteding van zorg blijven volgen.

2.10.7 Best practices Monitoring continuïteit zorgverlening

Concessiehouder Stichting Zorgkantoor Menzis wordt voor de monitoring continuïteit zorgverlening als best practice aangemerkt. Deze concessiehouder heeft op de onderzochte toetsingsaspecten de maximale score behaald. Hij treedt adequaat op bij signalen van mogelijke discontinuïteit, heeft goede afspraken gemaakt met zorgaanbieders over de informatievoorziening en monitort de nakoming van de afspraken bij uitbesteding van zorg afdoende.

2.11 Opvolging verbeterpunten 2010

2.11.1 Opvolging verbeterpunten door concessiehouders

In deze paragraaf geeft de NZa aan in welke mate concessiehouders de door de NZa in het rapport 2010 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 2010 voldoende of onvoldoende was.

De NZa is bij de beoordeling van de mate waarin de verbeterpunten zijn opgevolgd uitgegaan van de verantwoordingsinformatie van de concessiehouder zelf. Dit betreft vooral de prestatie-indicatoren die niet integraal door de NZa zijn onderzocht.

Tabel 2.13. Opgevolgde verbeterpunten 2010 per prestatie-indicator

Prestatieveld	Prestatie-indicator	Aantal verbeterpunten		Mate van opvolging
		Rapport 2010	Niet opgevolgd in 2011	
Service aan cliënten	Zorg in natura	42	19	55%
Zorginkoop en –contractering	Innovatie en kwaliteit zorgverlening	6	0	100%
Moderne administratieve organisatie	Administratie op verzekerden-niveau voor zorg in natura	5	4	20%
	Administratie op verzekerden-niveau: pgb	35	1	97%
Totaal		88	24	72%

Bron: NZa

2.11.2 Toelichting

De concessiehouders hebben in 2011 ruim één op de vier verbeterpunten, met betrekking tot over 2010 onderzochte prestatie-indicatoren, niet opgevolgd (28%). De NZa heeft dit vastgesteld op basis van de door de concessiehouders opgestelde verantwoordingsinformatie.

Eén prestatie-indicator doet het in dit kader matig: Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura. De mindere opvolging (slechts 20%) bij deze indicator betreft echter slechts één concessiehouder zodat hier geen algemene conclusie aan kan worden verbonden.

Verder is de prestatie-indicator Zorg in natura een aandachtspunt gezien het grote aantal verbeterpunten bij in totaal zes concessiehouders. Van de 42 verbeterpunten zijn negentien verbeterpunten (bijna de helft) in 2011 nog niet opgevolgd. Dit betreft vooral het niet op orde hebben van de website en de crisisprotocollen.

De verbeterpunten voor de prestatie-indicator Innovatie en kwaliteit zorgverlening zijn geheel gerealiseerd. De verbeterpunten voor de prestatie-indicator Administratie op verzekerdenniveau: pgb zijn in 2011 vrijwel geheel gerealiseerd.

2.11.3 Informatieverzoek

De concessiehouders moeten de NZa informeren over de realisatie van nog niet opgevolgde verbeterpunten 2010. De NZa doet hiertoe de betreffende (zeven) concessiehouders een informatieverzoek op basis van artikel 61 Wmg. De hierbij gehanteerde rapportagedata zijn 1 april en 1 juli 2013.

2.12 Afdoening vorig onderzoek

2.12.1 Opvolging aanwijzing verstrekken wachtlijstinformatie

Op basis van artikel 4, onder h, van de Beschikking houdende de aanwijzing van administratie-instellingen bijzondere ziektekosten moet de concessiehouder het CVZ periodiek van betrouwbare informatie voorzien over eventuele fricties tussen geïndiceerde zorg en het beschikbare aanbod.

Eén concessiehouder (CZ Zorgkantoor B.V.) was niet in staat om periodiek het AW317-wachtlijstbericht aan het CVZ aan te leveren. De NZa heeft deze concessiehouder hiervoor op grond van artikel 78 Wmg een aanwijzing gegeven. De NZa heeft de concessiehouder opgedragen het AW317-bericht met ingang van 2012 aan het CVZ aan te leveren. Daarnaast moest de concessiehouder het CVZ alsnog van bruikbare wachtlijstinformatie voorzien over de eerste twee kwartalen van 2011. De termijn als bedoeld in artikel 79, tweede lid, Wmg waarbinnen CZ Zorgkantoor B.V. aan deze aanwijzing moet voldoen, liep tot en met 1 april 2012.

In januari 2012 heeft CZ Zorgkantoor B.V. het CVZ alsnog van bruikbare wachtlijstinformatie over de eerste twee kwartalen van 2011 voorzien. Daarnaast heeft CZ Zorgkantoor B.V. een eerste en een heraanlevering van de wachtlijstgegevens via het AW317-bericht nieuwe stijl (AZR 3.0) aan het CVZ gedaan. CZ Zorgkantoor B.V. heeft hiermee, binnen de daarvoor gestelde termijn, aan de aanwijzing voldaan.

2.12.2 Opvolging verbeterpunten 2009 door concessiehouders

In het rapport uitvoering AWBZ 2010 heeft de NZa de opvolging van de verbeterpunten 2009 beoordeeld. De NZa heeft hiervoor een informatie-verzoek gedaan aan de betreffende concessiehouders.

2.12.3 Toelichting

In december 2011 heeft de NZa tien van de elf concessiehouders een informatieverzoek op grond van artikel 61 Wmg toegestuurd. Deze concessiehouders moesten de NZa periodiek informeren over de realisatie van nog niet opgevolgde verbeterpunten 2009. Hierbij werden de rapportagedata 1 april, 1 juli en 1 oktober 2012 gehanteerd. Dit betrof voor alle concessiehouders samen in totaal 47 verbeterpunten. Op 1 april 2012 waren 44 van de 47 verbeterpunten (circa 95%) in voldoende mate gerealiseerd. Op 1 juli 2012 waren alle verbeterpunten (100%) in voldoende mate gerealiseerd. Per 1 oktober 2012 hoefde daarom geen informatie over de verbeterpunten 2009 meer te worden aangeleverd.

2.12.4 Vervolgactie

Alle verbeterpunten 2009 zijn inmiddels in voldoende mate opgevolgd. Vervolgacties zijn daarom niet nodig.

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, Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura in paragraaf 3.5, Administratie op verzekerdeniveau voor pgb in paragraaf 3.6 en Monitoring continuïteit zorgverlening in paragraaf 3.7.

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 prestatiemeting. 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. De NZa ziet aanmerkelijke verschillen in de kwaliteit van de aangeleverde informatie van concessiehouders. Achmea Zorgkantoor N.V., CZ Zorgkantoor B.V. en OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. hebben zich in positieve zin onderscheiden.

3.2 Bevindingen verdiepend onderzoek Zorg in natura

3.2.1 Algemeen

Sommige intramurale zorgaanbieders leveren al gedurende lange tijd zorg aan (tientallen) bewoners met een sectorvreemde indicatie. De NZa heeft signalen gekregen dat concessiehouders vaker de sectorvreemde zorgzwaartepakketten (ZZP's) omkatten naar sectoreigen ZZP's. De zorgaanbieder kan het meestal duurdere sectorvreemde ZZP dan niet declareren. De NZa heeft de reden hiervan onderzocht.

In het onderzoek over 2010 constateerde de NZa dat concessiehouders geen overzicht hadden welke zorgaanbieders hun beleid voor aanvullende diensten aan cliënten helder kenbaar hebben gemaakt. De NZa heeft onderzocht of deze situatie is verbeterd.

Levering binnen de bandbreedte van extramurale zorg is een belangrijk doelmatigheids criterium in het inkoopbeleid van de concessiehouders. De concessiehouder moet echter ook zicht hebben op cliënten die minder dan de ondergrens van de geïndiceerde klasse geleverd krijgen. De NZa is nagegaan of concessiehouders overzicht hebben in welke mate binnen respectievelijk onder de bandbreedte is geleverd in 2011.

3.2.2 Sectorvreemde zorgzwaartepakketten

Vaak verblijven in een instelling cliënten met ZZP-indicatie, die afwijkt van de toelating van de instelling. Bij sommige intramurale zorgaanbieders gaat het om tientallen cliënten en duurt deze situatie al enige tijd. De NZa krijgt signalen dat de zorgaanbieders de geïndiceerde afwijkende, veelal duurdere ZZP's niet bij het zorgkantoor kunnen declareren, maar in plaats daarvan een lager ZZP-tarief, dat past binnen de toelating van de zorgaanbieder.

In het algemeen geven concessiehouders aan dat zij declaratie van het duurdere, afwijkende ZZP wel degelijk mogelijk maken, maar alleen als zij vaststellen dat het duurdere ZZP ook daadwerkelijk geleverd wordt en voldoet aan de productspecificaties. Vier concessiehouders vinden het hierbij van belang dat deze afwijkende zorg in een geclusterde setting wordt aangeboden, bijvoorbeeld een unit van cliënten met psychiatrische problematiek (GGZ) of lichamelijke handicap (LG) in een verpleeghuis.

Twee concessiehouders stellen echter dat de zorg meestal niet voldoet aan de zorginhoudelijke eisen van de afwijkende indicatie, en de zorgaanbieder het duurdere afwijkende ZZP dus niet mag declareren. Eén concessiehouder vindt daarentegen dat een zorgaanbieder best afwijkende ZZP's mag declareren, zolang het om kleine aantallen gaat. Deze concessiehouder beoordeelt pas zorginhoudelijk bij grotere aantallen.

Twee concessiehouders vinden het van belang dat bij de levering van veel afwijkende ZZP's een deel van de intramurale toelating door het CIBG wordt omgezet. Vier andere concessiehouders zien hier niets in, omdat dit de bureaucratische last verhoogt. Het zorginhoudelijk oordeel van het zorgkantoor heeft voor hen het primaat en de toekomst.

3.2.3 Periodieke toetsing website van zorgaanbieder op adequate informatie over aanvullende diensten

Uit het onderzoek over 2010 bleek dat cliënten klagen over de onduidelijke informatie van de zorgaanbieder, over welke diensten vrij zijn, en voor welke bijbetaald moet worden. Ook kwam naar voren dat geen enkele concessiehouder wist welke zorgaanbieders hun beleid voor aanvullende diensten aan cliënten op inzichtelijke wijze kenbaar hebben gemaakt en welke niet.

Vijf concessiehouders geven aan dat zij in 2011 de websites van alle zorgaanbieders hebben getoetst op adequate informatie over bijbetalingen. Twee concessiehouders doen dit niet, maar bespreken dit wel in het periodiek overleg met de zorgaanbieder. De overige concessiehouders voeren hierop geen actief beleid.

De NZa hecht er waarde aan dat de concessiehouder de website van de zorgaanbieders toetst op adequate informatie over aanvullende betalingen. De betreffende (zes) concessiehouders moeten de NZa periodiek informeren over opvolging van dit toetsingspunt. De hierbij gehanteerde rapportagedata zijn 1 april en 1 juli 2013. De NZa doet hiertoe de betreffende concessiehouders een informatieverzoek op basis van artikel 61 Wmg. De hierbij gehanteerde rapportagedata zijn 1 april en 1 juli 2013.

3.2.4 Levering van extramurale zorg binnen de bandbreedte van de indicatie

Desgevraagd bleken slechts vier concessiehouders enig zicht te hebben in hoeverre levering van extramurale zorg beneden de ondergrens van de geïndiceerde klasse plaatsvindt. Twee hiervan geven aan dat deze levering gemiddeld onder de ondergrens plaatsvindt¹⁸ en volgen (als enige) de levering ten opzichte van de klassenbreedte jaarlijks. Een derde concessiehouder geeft aan dat levering laag in de klasse plaatsvindt, zonder de ondergrens te onderschrijden.

De vierde concessiehouder ziet de extramurale functies persoonlijke verzorging (PV) en Verpleging (VP) gemiddeld op de ondergrens van de geïndiceerde klasse geleverd worden. Deze concessiehouder vindt dat de levering van extramurale zorg ten opzichte van de bandbreedte niet veel zegt over de doelmatigheid, en evenmin zegt dat een cliënt teveel of te weinig zorg krijgt. Het zegt veeleer dat veel zorgaanbieders bij het CIZ via de mandaatregeling een hogere herindicatie aanvragen.

In het algemeen denken de concessiehouders in de toekomst zicht te krijgen op de percentages cliënten die beneden, binnen en boven de bandbreedte van de extramurale indicatie zorg geleverd krijgen. Zij denken hiervoor gebruik te kunnen maken van de declaratiegegevens op cliëntniveau. Deze declaratie is pas eerst medio 2011 aangevangen, waardoor nog te weinig bruikbare data beschikbaar zijn.

3.3 Bevindingen verdiepend onderzoek klachtenbehandeling

3.3.1 Algemeen

In voorgaande jaren bleek niet altijd aansluiting te zijn tussen de registratie van klachten in het klachtenregister en de verantwoording van het aantal ontvangen klachten in het uitvoeringsverslag.

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 verder gekeken naar de onderverdeling van het totale aantal in 2011 geregistreerde klachten in klachten over zorgaanbieders, pgb respectievelijk 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 Aantal klachten en verantwoording

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

¹⁸ Naast het inkoopbeleid van de concessiehouder spelen hier mogelijk een rol het afzeggen door de cliënt van de thuishulp in verband met vakantie, tijdelijke afwezigheid, bezoek van familieleden. Tevens heeft de overheid via de bonus/malus regeling de levering laag in de klasse gestimuleerd.

Drie concessiehouders, alle met een beperkt regionaal werkgebied, registreerden onevenredig lage aantallen klachten van vijf of minder. Twee hiervan gaven desgevraagd aan wel degelijk alert te zijn op klachten, maar deze eenvoudigweg niet te krijgen. Een van deze concessiehouders bleek, geconfronteerd met een ook bij de NZa ontvangen klacht, deze correct te hebben afgehandeld maar niet als zodanig geregistreerd.

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.

Kwesties met betrekking tot pgb's zijn een belangrijke bron van vragen en klachten.

3.3.3 Aantallen en samenstelling van de klachten

Op basis van de informatie uit de klachtenregistraties en de verantwoordingsdocumenten over 2011 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

Aard klachten	Aantal	Aandeel
Zorgaanbieders	131	20%
Persoonsgebonden budget	400	62%
Functioneren zorgkantoren	104	16%
Overige	16	2%
Totaal	651	100%

Bron: NZa (verantwoordingsinformatie en klachtenregisters 2011 van alle concessiehouders exclusief Agis Zorgverzekeringen N.V.)

De categorieën 'persoonsgebonden budget' en 'functioneren van het zorgkantoor' lijken soms niet eenvoudig af te bakenen.

Bij acht concessiehouders blijkt de uitvoering van het pgb de belangrijkste bron van klachten, bij één het functioneren van het zorgkantoor, en bij één de zorgaanbieders.

3.3.4 Tijdige afhandeling van klachten

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

Tabel 3.2. Gemiddelde doorlooptijd van de geregistreeerde klachten van de 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 heeft geen geregistreeerde klachten)

Deze uitkomsten moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Zo zijn de aantallen geregistreeerde klachten van concessiehouders Zorgkantoor DSW B.V. en Zorgkantoor Friesland B.V. te gering om daaraan conclusies te trekken. Toch is de gemiddelde doorlooptijd een eenduidige indicator die grote verschillen toont tussen concessiehouders. In het algemeen zit er weinig spreiding tussen de verschillende regio's van één concessiehouder. Deze is wat groter bij concessiehouders met lange doorlooptijden.

Eén concessiehouder geeft aan dat de aard van de klachten de doorlooptijd fors beïnvloedt. Hij heeft vooral de doorlooptijd van klachten over het gecontracteerde zorgaanbod niet zelf in de hand, omdat hij de klager vaak eerst moet terugverwijzen naar de betreffende zorgaanbieder. De NZa onderkent dat klachten over zorgaanbieders bij een concessiehouder een langere doorlooptijd (kunnen) hebben dan de overige klachten.

Toch hebben concessiehouders met relatief veel klachten over zorgaanbieders onderling sterk verschillende doorlooptijden, variërend van de hoogste tot de laagste. Evenmin blijkt een duidelijk verband tussen de gemiddelde doorlooptijd per concessiehouder en relatief veel klachten over het pgb.

3.4 Bevindingen verdiepend onderzoek Contracteerproces

3.4.1 Algemeen

De NZa heeft signalen ontvangen dat de contractering van nieuwe intramurale capaciteit bij nieuwe en bestaande zorgaanbieders soms moeizaam verloopt. De NZa heeft daarom onderzocht welke criteria concessiehouders hanteren voor hun ondersteuning van een aanvraag bij het CIBG voor nieuwe intramurale capaciteit. Ook onderzocht de NZa de criteria die concessiehouders hanteren voor de omzetting van een toelating voor verblijf in een toelating voor verblijf en behandeling.

De NZa heeft geconstateerd dat het Volledig Pakket Thuis (VPT) moeizaam van de grond komt. De NZa onderzocht de oorzaken hiervan.

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.

De NZa heeft bij de concessiehouders geïnformeerd naar hun opvatting over de contractering van zzp-ers, en bij concessiehouder VGZ Zorgkantoor B.V. ook naar zijn eerste ervaringen hiermee in 2012.

Op 5 september 2011 is het Convenant Investerings Langdurige Zorg door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de landelijke koepelorganisaties van zorgaanbieders ondertekend. Per 1 januari 2012 zijn de middelen aan de maximumtarieven van de zzp-ers en het VPT toegevoegd. De NZa vroeg de concessiehouders naar hun eerste ervaringen en naar de wijze waarop zij de inspanningen volgen van zorgaanbieders, om aan de verplichtingen uit het convenant te voldoen.

De NZa ontvangt signalen dat concessiehouders soms moeilijkheden ondervinden bij het aangaan en opzeggen van de overeenkomst met extramurale zorgaanbieders. Bij het aangaan van de overeenkomst gaat het bijvoorbeeld om de beoordeling van de geschiktheid van de zorgaanbieders en de betrouwbaarheid van de bestuurders. Het opzeggen van de overeenkomst kan de continuïteit van zorg raken. De NZa heeft navraag gedaan bij de concessiehouders.

Vóór 2012 hadden slechts twee zorgaanbieders een toelating voor het leveren van gespecialiseerde epilepsiezorg. Vanaf 2012 is deze specifieke toelating afgeschaft, en kunnen concessiehouders met zorgaanbieders een specifieke toeslag afspreken voor gespecialiseerde epilepsiezorg. De NZa heeft onderzocht of dit heeft geleid tot een toename van het aantal zorgaanbieders, waarmee deze toeslagen zijn afgesproken.

3.4.2 Contractering nieuw intramuraal aanbod

3.4.2.1 Contractering van nieuwe intramurale capaciteit

In het algemeen maken concessiehouders geen principieel onderscheid tussen het contracteren van geheel nieuwe intramurale zorgaanbieders en een capaciteitsuitbreiding van bestaande zorgaanbieders. Wel gelden voor nieuwe zorgaanbieders aanvullende eisen. Eén concessiehouder bekijkt hierbij of er voldoende intramurale alternatieven zijn. Een andere of de nieuwe intramurale aanbieder bijdraagt aan het scheiden wonen/zorg.

Alle concessiehouders verlangen dat de zorgaanbieder aantoont, de zorg integraal te kunnen leveren. Bovendien moet de aangevraagde intramurale capaciteit passen in hun zorginkoopbeleid. Hierbij worden onder meer genoemd actuele demografische ontwikkelingen, behoeften van de verzekerden, zorg waarvoor wachtlijsten bestaan, prioriteit aan plaatsen met een hoge zorgzwaarte en tijdelijk verblijf.

Concessiehouders geven allen aan, dat extra intramurale capaciteit sowieso slechts beperkt gehonoreerd wordt, vooral vanwege de beperkte contracteerruimte. Eén concessiehouder benoemt tevens als knelpunt de berekening van de kapitaallasten in de contracteerruimte bij de overgang van 2011 naar 2012. Drie concessiehouders geven ook aan dat de toenemende extramuralisering van zorg met een lagere zorgzwaarte de behoefte aan intramurale capaciteit dempt.

Eén concessiehouder stelt dat zorgaanbieders inmiddels zelf verantwoordelijk zijn voor hun investeringen en hierdoor ook niet meer een aanvraag indienen voor (extra) intramurale capaciteit.

3.4.2.2 Omzetting van verblijf in verblijf & behandeling

Naast aanvragen voor nieuwe intramurale capaciteit ontvangen alle concessiehouders aanvragen van intramurale zorgaanbieders die hun toelating voor verblijf willen omzetten in een toelating voor verblijf en behandeling.

De concessiehouders verlangen dat de zorgaanbieder aantoont, de levering van de behandelcomponent integraal te borgen. Dit betekent onder meer een directe beschikbaarheid van paramedisch en medisch personeel, voldoende formatie, een goede regeling van medicatie en hulpmiddelen en het opnemen van de behandeling in het zorgplan. Bovendien moet de aangevraagde intramurale capaciteit passen in hun zorginkoopbeleid. Zes concessiehouders vinden deze omzetting vooral nodig bij huizen met cliënten met een hoge zorgzwaarte.

Vier concessiehouders geven expliciet aan dat ook omzettingen, die in hun ogen noodzakelijk zijn, niet altijd kunnen worden gehonoreerd vanwege de beperkte contracteerruimte.

3.4.3 Contractering van het Volledig Pakket Thuis

De concessiehouders geven allen aan dat het VPT moeizaam van de grond komt. Zij noemen hiervoor onder meer de volgende redenen:

- cliënten en zorgaanbieders zijn niet op de hoogte van het VPT;
- onduidelijkheid bij cliënten over de eigen bijdrage voor het VPT;
- misverstanden bij de cliënt dat zijn recht op verblijf vervalt;
- VPT kan slechts doelmatig worden geleverd in een geclusterde setting of in nabijheid van een verzorgingstehuis;
- problemen van verzorgingshuizen bij het declareren van dagbesteding aan cliënten met een VPT;
- zorgaanbieders vinden het VPT-tarief ontoereikend.

Desondanks geven negen concessiehouders aan, positief tegenover het VPT te staan. Zij zien dit als een goed alternatief voor intramurale zorg, vooral voor cliënten met een lagere zorgzwaarte. Drie concessiehouders gaven aan dat de cliënt zijn regie behoudt, zelfstandig thuis kan blijven wonen en structuur en begeleiding heeft van één zorgaanbieder.

Voor extramurale zorgaanbieders vormt de voor hen geheel nieuwe werkwijze nog een extra drempel voor het leveren van VPT. Drie concessiehouders gaven expliciet aan in 2012 ook VPT te contracteren bij extramurale zorgaanbieders, toegelaten voor verblijf zonder bedden.¹⁹

3.4.4 Contractering van zelfstandigen zonder personeel

Concessiehouder VGZ Zorgkantoor B.V. heeft baanbrekend werk verricht en als enige in 2012 rechtstreeks zzp-ers gecontracteerd. Dit gebeurde in een pilot waaruit alle concessiehouders lering kunnen trekken. Deze concessiehouder concludeert dat hieruit blijkt dat het contracteren van zzp-ers uitvoeringstechnisch mogelijk is, ook in de AWBZ-brede zorgregistratie AZR en het declareren op cliëntniveau met via het elektronisch bericht AW319. Hij ziet dat de cliënten in het algemeen tevreden zijn met de zorg door zzp-ers, en dat ook de zorgverleners ermee uit de voeten kunnen.

Zeven concessiehouders geven expliciet aan positief te staan tegenover het rechtstreeks contracteren van zzp-ers.

¹⁹ Te verwachten is overigens dat met de extramuralisering van de lichte zorgzwaarte pakketten het VPT wellicht zal verdwijnen.

Als belangrijkste voordelen zien de concessiehouders:

- zzp-ers kunnen maatwerk leveren en een flexibel zorgaanbod, afgestemd op de behoeften van de cliënt;
- beantwoordt aan de specifieke zorgvraag van cliënten die vroeger hun zorg via een pgb regelden;
- biedt meer ruimte voor ondernemerschap binnen de zorg waardoor meer krachten voor de zorg worden behouden;
- sluit aan bij de toegenomen gerichtheid van organisaties op de eigen kerncompetenties en hun neiging, producten en diensten uit te besteden. De zzp-ers vormen voor hen hiervoor de flexibele schil;
- keuzemogelijkheden voor de cliënt nemen toe.

Als belangrijkste nadelen en belemmeringen zien de concessiehouders:

- zzp-ers hebben een andere kostenstructuur dan zorginstellingen. Er is nog geen reëel tarief voor de diensten van zzp-ers;
- kwaliteitseisen voor zzp-ers moeten nog worden vastgesteld en 'aanbestedingsproof' met de eisen, gesteld aan zorginstellingen;
- zzp-ers moeten aan de administratieve eisen van de cliëntgerichte administratie in de AWBZ kunnen voldoen;
- tussen zzp-ers zijn samenwerkingsverbanden nodig, omdat veel cliënten niet af kunnen met één zzp-er omdat zij dagelijks zorg nodig hebben. De fiscale aspecten moeten hiervoor goed worden geregeld;
- de continuïteit van zorg is minder geborgd dan binnen één instelling;
- de contractering van deze kleine zorgaanbieders vormt een aanzienlijke administratieve belasting voor het zorgkantoor.

3.4.5 Convenant Investerings Langdurige Zorg

Het Convenant Investerings Langdurige Zorg vergt van zorgaanbieders dat deze de middelen per 2012 inzetten voor extra personeel, voldoende opleiding en kwaliteitsverbetering. Alle concessiehouders zeggen eind 2011 aanvullend inkoopbeleid te hebben uitgezet en met iedere aanbieder op maat afspraken te hebben over diens opgave, hoe hij de middelen in 2012 zal inzetten conform de eisen van het Convenant.

Alle concessiehouders geven aan dat gedurende 2012 de inspanningen van de zorgaanbieder besproken worden in het periodiek overleg. Indien een aanbieder niet kan aantonen dat de middelen in de geest van het convenant zijn ingezet, halen de concessiehouders de middelen in de herschikkingsronde 2012 terug.

Eén concessiehouder zegt dat hij verantwoording over de investeringen in het jaarverslag van de zorgaanbieder eist. Eén concessiehouder stelt dat zorgkantoren niet verantwoordelijk zijn voor de kwantitatieve doelstellingen in het convenant, en in verband met de administratieve lasten geen uitvraag van kwantitatieve informatie zal doen.

Concessiehouders noemen enkele problemen bij de uitvoering van het convenant:

- omdat de zorgaanbieder slechts een inspanningsverplichting heeft, kan alleen echte nalatigheid tot consequenties leiden;
- concessiehouders hebben geen zicht op hoeveel en welk personeel de zorgaanbieder daadwerkelijk inzet in de zorg;
- hoger uitvallende intramurale productie met verhoogde tarieven kan ten koste gaan van het budget voor extramurale zorg;
- als de middelen niet structureel blijken, pleegt de zorgaanbieder een extra investering uit eigen middelen.

3.4.6 Contracteerbeleid extramurale zorgaanbieders

3.4.6.1 Controles op (nieuwe) zorgaanbieders

Alle concessiehouders vragen elke zorgaanbieder een bestuursverklaring, onder andere over compliance met de Good Governance Code en met de rechtsregels. De mate waarin deze gegevens nader gecheckt worden, varieert sterk per concessiehouder. Dit vindt in meer of mindere mate plaats op de volgende punten:

- inschrijving zorgaanbieder bij de Kamer van Koophandel;
- inconsistenties in de offerte en de bestuursverklaring;
- concernverhoudingen;
- eerdere ervaringen met de zorgaanbieder;
- ervaringen van zijn afdelingen pgb- en/of Cure met de zorgaanbieder;
- ervaringen van het CIZ en betrokken gemeenten met de zorgaanbieder;
- ervaringen van andere concessiehouders met de zorgaanbieder;
- signalen van het CAK en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), aanwezigheid van IGZ rapportages.

Bij slechte eerdere ervaringen met de zorgaanbieder en bij nieuwe zorgaanbieders checken concessiehouders in het algemeen intensiever, waarbij standaard een ondernemingsplan wordt opgevraagd. Hierbij kan ook het instrument materiële controle worden ingezet.

Alle concessiehouders stellen dat de betrouwbaarheid van bestuurders van nieuwe aanbieders vooraf nauwelijks afdoende gecheckt kan worden. Bovendien moeten zij nieuwe zorgaanbieders gelijk behandelen, en kunnen pas bij harde bewijzen een zorgaanbieder weigeren. Vaak blijkt betrouwbaarheid van bestuurders pas echt in de praktijk, na enkele jaren ervaring. Triggers hierbij zijn:

- ‘bekende’ namen en minder betrouwbaar gebleken zorgaanbieders;
- uitkomsten van gesprekken met de bestuurders;
- betrokkenheid bij eerdere faillissementen, lopende onderzoeken van deurwaarders, vermeldingen in het insolventieregister;
- vermeldingen in de landelijke Zwarte Lijst, lopende strafrechtelijke onderzoeken, vermeldingen in het EVR;
- onduidelijke interne toezichtstructuur en de betrokkenheid hierin van familieleden;
- signalen van Fiscale Opsporingsdienst (FIOD) en de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (SIOD);
- netwerk van besloten vennootschappen waarin ook familieleden betrokken zijn.

Concessiehouders vragen van zorgaanbieders die veel zorg in onderaanneming uitbesteden, dit bij hen te melden. Drie concessiehouders geven expliciet aan geen voorstander te zijn van onderaanneming. De eerste ziet hierin een mogelijkheid om geld uit de AWBZ weg te sluizen. De twee andere kennen elke onderaannemer met naam en toenaam, maar zien het liefst dat deze zelf een contract met hen afsluit, zodat zij meer grip krijgen op het zorgaanbod.

3.4.6.2 Beëindiging overeenkomst met extramurale zorgaanbieders

Concessiehouders geven aan dat het opzeggen van de overeenkomst met de zorgaanbieder in het algemeen geen onoverkomelijk probleem is, maar wel de nodige inspanningen vergt.

Soms is het opzeggen van een overeenkomst eenvoudig, en volstaat een goed gesprek met het bestuur van de zorgaanbieder, vooral als de zorgaanbieder een alternatief kan worden geboden, bijvoorbeeld levering

via het pgb. Vaker loopt het moeizamer, en moet de zorgaanbieder na ingebrekestelling een periode worden gegund waarin hij de gebreken kan opheffen. Soms slaagt deze hierin, alhoewel de verbetering veelal tijdelijk is. Ook kan een zorgaanbieder de opzegging juridisch aanvechten, en moet de concessiehouder sluitend bewijs beschikbaar hebben.

Het niet verlengen van een contract met een zorgaanbieder is in het algemeen eenvoudiger. Dan is het belangrijkste aandachtspunt dat de concessiehouder de zorgaanbieder als alle anderen moet behandelen, en langdurige problematische ervaringen met de zorgaanbieder goed moet kunnen documenteren.

Belangrijk bij de beëindiging van een overeenkomst met een zorgaanbieder is verder, dat de cliënten bij andere zorgaanbieders moeten kunnen worden ondergebracht. Als het om een grote zorgaanbieder gaat, is dat een weerbarstig proces. Verder is in alle gevallen een goede communicatie met de betreffende cliënten noodzakelijk.

3.4.7 Gespecialiseerde epilepsiezorg

Vóór 2012 hadden slechts zorgaanbieders Sein en Kempenhaeghe een toelating voor het leveren van gespecialiseerd epilepsiezorg. In 2012 is deze specifieke toelating afgeschaft, en kunnen zorgkantoren met zorgaanbieders een specifieke toeslag afspreken voor gespecialiseerde epilepsiezorg. De NZa heeft de prestaties van de toeslagen voor gespecialiseerde epilepsiezorg zodanig omschreven in beleidsregel CA 300 - 510, dat naar haar mening ook vanaf 2012 slechts de twee zorgaanbieders deze toeslagen met zorgkantoren zou kunnen afspreken.

De NZa constateerde bij de eerste budgetronde 2012 dat deze toeslagen met vijf additionele zorgaanbieders waren afgesproken, elk met een andere concessiehouder.

Drie van de vijf betrokken concessiehouders draaien de afspraak in de tweede budgetronde 2012 alsnog terug, wegens het ontbreken van additionele middelen, een omissie op de inkoopafdeling respectievelijk het niet volledig voldoen van de zorgaanbieder aan de eisen van gespecialiseerde epilepsiezorg.

De twee andere concessiehouders continueren de afspraken voor gespecialiseerde epilepsiezorg, elk bij één additionele zorgaanbieder. De ene concessiehouder omdat de zorgaanbieder aan de zorginhoudelijke eisen van gespecialiseerde epilepsiezorg voldoet en nauw samenwerkt met Sein, met een schriftelijke toelichting. De andere concessiehouder omdat hij in mondeling overleg met de zorgaanbieder concludeerde dat deze aan de zorginhoudelijke eisen voldoet.

3.4.8 Leegstandsfinanciering

Op 1 januari 2010 is de beleidsregel CA-377 *Loon- en materiële kosten leegstandsfinanciering* ingevoerd. Deze beleidsregel heeft ten doel een overgangsregeling te zijn naar prestatiebekostiging bij zorgaanbieders waarvan sprake is van renovatie of nieuwbouw. De beleidsregel is ingevoerd voor de duur van twee jaar. Bij de invoering is aangekondigd dat de beleidsegel door de NZA geëvalueerd zou worden. Deze evaluatie heeft plaatsgevonden in 2011 waarbij de aanvragen van 2010 in het onderzoek meegenomen zijn. Uit uitkomst van de evaluatie is dat de beleidsregel per 31 december 2011 beëindigd is.

De NZa heeft geconstateerd dat er in een groot aantal gevallen zorgkantoren geen leegstandsfinanciering hadden mogen afspreken. De betreffende zorgaanbieders hadden een zodanige financiële positie dat er geen sprake was van een onredelijk groot exploitatietekort²⁰.

3.5 Bevindingen verdiepend onderzoek Administratie op verzekerdeniveau voor Zorg in natura

3.5.1 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 2011 de zorgaanbieders de declaratie op cliëntniveau via het elektronisch format juist en tijdig aanleverden.

Ook ging de NZa na in hoeverre de concessiehouders al 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 2011 via het elektronisch bericht AW319 gedeclareerd is. De concessiehouder kan hiertoe de ontvangen declaraties op cliëntniveau vergelijken met de opgave van de totale productie die de zorgaanbieder hem periodiek moet aanleveren.

De NZa heeft in het onderzoek over 2010 en van het CVZ signalen gehad dat de verwerking van de indicaties van BJZ, die veelal nog op papier worden afgegeven, moeizaam verloopt. De NZa heeft de consequenties hiervan onderzocht voor de werking van de AZR, voor de formele controles van de concessiehouders op de declaratie op cliëntniveau en voor de volledigheid, waarmee zorgaanbieders de declaratie op cliëntniveau aanleveren.

3.5.2 Declaratie op cliëntniveau

3.5.2.1 Declaratie op cliëntniveau 2011

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 declaratie op cliëntniveau geschiedde voor de intramurale zorg gedurende geheel 2011. Voor de extramurale zorg is deze conform de Regeling Declaratie AWBZ-zorg CA/NR-300.006 eerst vanaf 1 juli 2011 ingevoerd.

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

- concessiehouders stelden in 2011 nog geen stringente eisen aan de volledigheid van de declaraties. Het maakt echter verschil of een zorgaanbieder slechts voor een deel van zijn cliënten erin slaagde, declaraties op cliëntniveau in te dienen, of van alle cliënten;

²⁰ Goede RAK, eigen vermogen, hoge solvabiliteit en het bedrag van de leegstandsfinanciering is <5% ten opzichte van het beslag op de contracteerruimte van de zorgaanbieder.

- concessiehouders hanteren elk verschillende foutenmarges voor een juiste declaratie per periode;
- de concessiehouders VGZ Zorgkantoor B.V., Univé Zorgkantoor B.V. en Trias Zorgkantoor B.V. keurden bovendien declaraties af als de cliënt niet in de betreffende declaratieperiode in AZR was aangemeld. Verder controleerden een aantal concessiehouders de extramurale declaraties op de bandbreedte van de indicatie.

Onderstaande tabellen, ontleend aan de verantwoordingsdocumenten van de concessiehouders over 2011, geeft dan ook slechts een globaal beeld van de tijdigheid en juistheid van de declaraties voor intramurale zorg in 2011, respectievelijk extramurale zorg vanaf 1 juli 2011.

Tabel 3.3. Percentage zorgaanbieders dat de declaratie van AW319 voor intramurale zorg in 2011 tijdig respectievelijk juist heeft ingediend

Percentage zorgaanbieders	Bovengemiddeld	Gemiddeld +/- 5%	Beneden gemiddeld
Tijdige indiening van AW319 intramuraal gedurende 2011	Salland, CZ, DSW, Zorg & Zekerheid	Trias	Achmea, Menzis, Friesland, Univé, VGZ
Juiste indiening van AW319 intramuraal over de laatste declaratieperiode van 2011	Achmea, DSW, Menzis, Univé	Trias, VGZ	Friesland, CZ, Salland, Zorg & Zekerheid

Bron: NZa (indicatoren ZC21 en ZC22 van concessiehouder Agis niet beschikbaar)

Gemiddeld²¹ heeft 83% van de zorgaanbieders de declaratie op cliëntniveau voor intramurale zorg per declaratieperiode in 2011 tijdig (binnen de eerstvolgende declaratieperiode) aangeleverd.

Gemiddeld²² heeft 86% van de zorgaanbieders de declaratie op cliëntniveau voor intramurale zorg over de laatste declaratieperiode in 2011 naar de maatstaven van de concessiehouder juist aangeleverd.

Tabel 3.4. Percentage zorgaanbieders dat de declaratie van AW319 voor extramurale zorg in 2011 tijdig respectievelijk juist heeft ingediend

Percentage zorgaanbieders	Bovengemiddeld	Gemiddeld +/- 5%	Beneden gemiddeld
Tijdige indiening van AW319 extramuraal gedurende 2011	Salland, CZ, DSW, VGZ, Trias	Zorg & Zekerheid	Achmea, Menzis, Friesland, Univé
Juiste indiening van AW319 extramuraal over de laatste declaratieperiode van 2011	Achmea, DSW, Salland	Zorg & Zekerheid, VGZ	Friesland, CZ, Trias, Univé, Menzis,

Bron: NZa (indicatoren ZC24 en ZC25 van concessiehouder Agis niet beschikbaar)

Gemiddeld²³ heeft 71% van de zorgaanbieders de declaratie op cliëntniveau AW319 voor extramurale zorg per declaratieperiode vanaf juli 2011 tijdig (binnen de eerstvolgende declaratieperiode) aangeleverd.

Gemiddeld²⁴ heeft 73% van de zorgaanbieders de declaratie op cliëntniveau AW319 voor extramurale zorg over de laatste declaratieperiode in 2011 naar de maatstaven van de concessiehouder juist aangeleverd.

²¹ Ongewogen gemiddelde van 28 zorgkantoorregio's.

²² Ongewogen gemiddelde van 28 zorgkantoorregio's.

²³ Ongewogen gemiddelde van 28 zorgkantoorregio's.

²⁴ Ongewogen gemiddelde van 28 zorgkantoorregio's.

3.5.2.2 Sanctiebeleid concessiehouders op de declaratie op cliëntniveau 2011

Zes concessiehouders hebben zorgaanbieders in 2011 voor niet tijdige aanlevering van de declaratie op cliëntniveau AW319 gesanctioneerd. Dit geldt zowel voor de aanlevering van declaraties voor intramurale zorg als – vanaf 1 juli – voor de declaraties voor extramurale zorg. In meer of mindere mate hebben deze concessiehouders de zorgaanbieders ook gesanctioneerd op juistheid. Zij sanctioneerden niet, als naar hun mening de oorzaak van de late aanlevering niet bij de zorgaanbieder lag.

De overige concessiehouders sanctioneerden niet. Zij gaven de voorkeur aan gesprekken met zorgaanbieders die achterbleven. Eén van deze concessiehouders geeft aan van alle zorgaanbieders tijdig en voldoende juiste declaraties op cliëntniveau te hebben ontvangen.

De NZa had in het onderzoek over 2010 nog de verwachting, dat concessiehouders in 2011 ook zouden sanctioneren op de volledigheid van de declaratie op cliëntniveau AW319²⁵. Deze verwachting is niet bewaarheid. De concessiehouders geven hiervoor de volgende oorzaken aan:

- de meting en interpretatie van de volledigheid van de declaratie per zorgaanbieder blijkt voor veel concessiehouders een omvangrijk en ingewikkeld werk (de volgende paragraaf gaat hierop nader in);
- concessiehouders hebben veel energie gestoken in de conversie van de AWBZ-brede wachtlijstregistratie in 2011. Deze conversie bemoeilijkte in de tweede helft van 2011 de verwerking van de declaraties door concessiehouders zelf.

3.5.2.3 Inzet van de productiemonitor bij de beoordeling van de declaraties op cliëntniveau in 2011

Door de ontvangen declaraties op cliëntniveau te vergelijken met de opgave van de totale productie in de productiemonitor kan de concessiehouder een beeld krijgen van de volledigheid van de declaratie op cliëntniveau. Op de mate dus, waarin de zorg die op cliëntniveau gedeclareerd had moeten worden, ook daadwerkelijk als zodanig in 2011 via het elektronisch bericht AW319 gedeclareerd is.

Acht concessiehouders hebben een beeld van de volledigheid van de declaratie op cliëntniveau. Vijf vergelijken hiertoe maandelijks de declaratie op cliëntniveau met de productiemonitor. Drie concessiehouders vergelijken hiertoe maandelijks de declaratie op cliëntniveau met de cumulatieve productieafspraken.

De overige drie concessiehouders hebben nog geen systematisch beeld van de volledigheid van de declaraties.

De concessiehouders geven aan dat het administreren van de volledigheid van de declaraties op cliëntniveau lastig is, en de interpreteerbaarheid van de uitkomsten nog moeilijker, laat staan het sanctioneren ervan. Dit komt omdat er zorgprestaties zijn:

- die niet op cliëntniveau kunnen worden gedeclareerd, genoemd in de Regeling Declaratie AWBZ-zorg;
- waarvoor (nog) geen geldige indicatie is afgegeven, bijvoorbeeld partneropname, administratieve zorgtoewijzing, crisisopname);

²⁵ De door het zorgkantoor inhoudelijk goedgekeurde (Vektisniveau 6 en 7) declaraties op cliëntniveau van de zorgaanbieder, gedeeld door de afgesproken of de gerealiseerde productie van de betreffende prestaties.

- waarvoor een indicatie op papier wordt afgegeven: BJZ-indicaties, die moeilijk of niet verwerkbaar zijn in AZR, en waarvan het aandeel per zorgaanbieder sterk varieert.

3.5.3 Verwerking van de indicaties van BJZ

Alle concessiehouders ondervinden moeilijkheden bij de verwerking van de indicaties van de BJZ, die nog op papier gesteld zijn.

Eén concessiehouder zegt dat hij de BJZ-indicaties elektronisch via een samenwerking tussen het CIZ en het BJZ aangeleverd krijgt, en op de gebruikelijke manier via AZR en de declaraties op cliëntniveau elektronisch kan verwerken. Hij zegt echter dat vanwege privacy-aspecten de hiervoor benodigde informatie-uitwisseling tussen het CIZ en het BJZ op losse schroeven staat.

Drie concessiehouders voeren de papieren indicaties in AZR in. De rest van het berichtenverkeer op deze indicaties, zowel in AZR als de declaratie op cliëntniveau, kan dan verder elektronisch verlopen. Deze concessiehouders nemen echter de declaraties voor jeugdige cliënten niet volledig mee in hun volledigheidsmeting van de declaratie op cliëntniveau, hetgeen duidt op vertragingen in de afhandeling. Doordat de indicaties van het BJZ geen vast format hebben, bemoeilijkt dit de gegevensinvoer verder.

De overige concessiehouders voeren de papieren BJZ-indicaties in een ander digitaal systeem of in Excel in, of ook dat niet. Deze concessiehouders moeten de zorgtoewijzing handmatig uitvoeren. Declaratie op cliëntniveau vindt niet plaats. De bevoorschotting op de productiemonitor van de zorgaanbieder is hier leidend.

Concessiehouders zeggen verder dat zij door het BJZ vaak niet op de hoogte worden gesteld van de bovenregionale indicaties. Dit werkt onvolledigheid en verdere vertraging van het verwerkingsproces in de hand. Zij geven aan dat de huidige stand van zaken ook een obstakel vormt voor een goede overdracht van cliëntgegevens aan gemeenten, bij de voorgenomen overheveling van de functie begeleiding naar de Wmo.

3.6 Bevindingen verdiepend onderzoek Administratie op verzekerdenniveau: pgb

3.6.1 Algemeen

De concessiehouder moet globale controle uitvoeren op alle ingediende verantwoordingsformulieren en de budgethouder binnen zes weken na ontvangst van het verantwoordingsformulier informeren over de uitkomst van de globale controle. De NZa kent hieraan over 2011 geen score toe, maar heeft dit wel onderzocht, gezien het belang van het tijdig informeren van de budgethouders.

De concessiehouders moeten de NZa periodiek informeren over hun inspanningen, en de resultaten hiervan om de bij budgethouders openstaande saldi pgb te verlagen. Zij baseren zich hierbij ook op hun verantwoordingsdocumenten. In dit verdiepend onderzoek heeft de NZa deze op het punt van de pgb verslaglegging nader onderzocht.

Nieuwe cliënten met een indicatie 'zorg zonder verblijf' hebben vanaf 1 januari 2012 geen recht meer op een pgb maar kunnen wel in aanmerking komen voor de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg (VPZ). Dit kan alleen als zij een intensieve en complexe zorgvraag hebben

waarvoor het zorgkantoor geen passende zorg kan regelen. Nader onderzoek naar de ervaringen van concessiehouders is relevant, omdat de overheid voornemens is een aantal criteria van de VPZ over te nemen in een vernieuwde pgb-regeling.

Relevant bij de controle van het verzekerd zijn voor de AWBZ van AWBZ-geïndiceerden is de toetsing van NAW gegevens van individuele pgb-aanvragers respectievelijk de totale populatie pgb-houders door de concessiehouder. Omdat deze formeel geen rechtstreekse toegang tot de gemeentelijke basisadministratie (GBA) heeft, heeft de NZa onderzocht hoe hij deze taak uitvoert.

3.6.2 Tijdig informeren cliënt over uitkomst globale controle

De NZa hanteert als norm dat tenminste 95% van de budgethouders door het zorgkantoor binnen zes weken na ontvangst van het volledig ingevulde verantwoordingsformulier geïnformeerd zijn over de uitkomst van de globale controle.

Eén concessiehouder voldoet niet aan de norm, van drie ontbreekt een goede onderbouwing. Zeven concessiehouders zeggen aan de norm te voldoen. Bij drie hiervan komt weliswaar naar voren dat zij de globale controles tijdig hebben verwerkt, maar blijkt niet duidelijk of zij de cliënten na deze verwerking ook tijdig hebben geïnformeerd.

3.6.3 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 3.5. Kosten pgb en openstaande saldi op pgb-houders

	2011 (x € 1.000)	2010 (x € 1.000)
Kosten subsidieregeling pgb ²⁶	2.560.016	2.314.920
Vorderingen pgb-houders	119.292	110.404
Percentage terug te vorderen	4,7%	4,8%

Bron: NZa (Financieel verslag per concessiehouder, toelichting op de balans respectievelijk de resultatenrekening 2011)

De NZa constateert het volgende:

- de kosten van de Regeling subsidies AWBZ (persoonsgebonden budget) zijn in 2011 ten opzichte van 2010 met 10,6% toegenomen. Deze kostenstijging varieert per concessiehouder van 2,5% tot 19%;
- de vorderingen op pgb-houders zijn in 2011 ten opzichte van 2010 met 8,1% toegenomen. De ontwikkeling varieert per concessiehouder van een afname van 28% tot een toename van 116%;
- het percentage terug te vorderen gelden van pgb-houders per ultimo verslagjaar 2011 ten opzichte van de kosten pgb in het verslagjaar is in 2011 met 0,1% afgenomen ten opzichte van 2010. De ontwikkeling varieert per concessiehouder van een afname van 1,5% tot een toename van 3,1%.

Door deze ontwikkeling bedragen de percentages terug te vorderen gelden van pgb-houders per ultimo 2011 ten opzichte van de kosten pgb in 2011 als volgt:

²⁶ Kosten 2011 zijn exclusief verrekeningen voorgaande jaren.

Tabel 3.6. Vorderingen op pgb-houders per ultimo 2011 als percentage van de kosten van de subsidieregeling pgb in 2011

Concessiehouders	Vorderingen op pgb-houders in % kosten pgb in 2011
VGZ	2% <= 3%
Univé, Trias, DSW, Salland	3% <= 4%
Friesland, CZ	4% <= 5%
Achmea, Menzis	5% <= 6%
Agis, Z&Z	6% <= 7%

Bron: NZa (Financieel verslag per concessiehouder, toelichting op de balans respectievelijk de resultatenrekening 2011)

De NZa constateert dat er forse verschillen zijn tussen de concessiehouders onderling, zowel in de vorderingen in 2011 als in de ontwikkeling hierin ten opzichte van 2010. Gemiddeld is 19% van de vorderingen per ultimo 2011 minder oud dan een half jaar, 18% tussen een half jaar en een jaar, en 63% ouder dan een jaar.

De NZa kan de verschillen tussen de concessiehouders niet direct verklaren uit de ouderdom van de vorderingen. Zo kennen enkele concessiehouders met een bovengemiddeld aandeel oude vorderingen toch relatief lage saldi. Regionale patronen ziet de NZa niet, de verschillen lijken vooral gebonden aan de concessiehouders.

Ook kunnen verschillen in afboekingsbeleid een rol spelen. Relevant is, dat de concessiehouder beschikt over een deugdelijk incasso-beleid, waarin terugbetalingen en afboekingen ordelijk zijn geregeld. De hoogte van zowel uitstaande vorderingen als afboekingen zouden in samenhang hiermee moeten worden beoordeeld. Over criteria voor de beoordeling van een dergelijk beleid en de naleving daarvan beschikt de NZa op dit moment echter niet.

Tot slot concludeert de NZa dat de gegevens uit het financieel verslag over de vorderingen en de kosten van het pgb bij veel concessiehouders niet overeenstemmen zijn met de betreffende kengetallen uit de bestuurlijke verantwoording.

3.6.4 Effect informatieverzoeken

Naar aanleiding van het onderzoek uitvoering AWBZ 2010 heeft de NZa in december 2011 negen concessiehouders verzocht om haar periodiek per kwartaal te informeren over de inspanningen en resultaten om het openstaande saldo van de vorderingen op budgethouders pgb in 2012 te verlagen. Het effect hiervan wordt eerst zichtbaar in de verantwoordingsinformatie van de concessiehouders over 2012.

Inspanningen en resultaten concessiehouders

De inspanningen en resultaten van de concessiehouders zijn vooral gericht op procedurele verbeteringen en het herbeoordelen van oudere vorderingen en afbetalingsregelingen. De interne processen en procedures zijn door concessiehouders aangescherpt, de gemaakte afspraken met deurwaarders zijn opnieuw bekeken en individuele vorderingen zijn herbeoordeeld. Concessiehouders geven aan dat zij zich inspannen om de openstaande vorderingen terug te dringen en om nieuwe vorderingen te voorkomen.²⁷

²⁷ Alle concessiehouders hebben gerapporteerd volgens een door de NZa beschikbaar gesteld model. Een aantal concessiehouders heeft bovendien in een aparte bijlage het incasso- en afboekingsbeleid nader gespecificeerd.

Verlaging van de openstaande saldi is ook in deze fase voornamelijk het gevolg van het afboeken van vorderingen na herbeoordeling. Enkele concessiehouders geven aan dat de instroom van nieuwe vorderingen is afgenomen. Een aantal concessiehouders verricht extra inspanningen in het voortraject ter voorkoming van nieuwe vorderingen. Ook geeft een aantal concessiehouders aan dat het factureringstraject wordt ingekort. Twee concessiehouders sturen een laatste aanmaning op briefpapier van de deurwaarder. Deze concessiehouders geven aan dat dit effect lijkt te hebben.

Enkele concessiehouders geven aan dat bij risicogroepen en bij het niet voldoen van vorderingen het pgb wordt omgezet naar Zorg in Natura. Het risico wordt vooraf bepaald door het screenen van de aanvrager. Zo nodig wordt het pgb achteraf ook omgezet.

Het openstaande saldo 2010 is door bovengenoemde inspanningen substantieel teruggelopen. Per 1 juli 2012 stond nog ongeveer de helft van de vorderingen (stand per 31 december 2010) open. Hierbij wordt opgemerkt dat niet alle concessiehouders het model correct of volledig hebben ingevuld. Twee concessiehouders leggen in de administratie uitsluitend vast wanneer een vordering is afgeboekt maar niet wanneer (in welk kalenderjaar) deze is ontstaan. Daarom kunnen geen percentages of bedragen worden genoemd. Bovendien zijn in de loop van 2012 weer nieuwe vorderingen ontstaan. Concessiehouders geven aan dat ook nieuwe vorderingen ontstaan doordat een pgb niet aan de juiste doeleinden wordt besteed. Gezien de huidige economische ontwikkelingen is dit mogelijk een structureel probleem. Uit de ontvangen reacties blijkt niet of en hoeveel vorderingen zijn ontstaan door misbruik of oneigenlijk gebruik van budgetten door budgethouders of derden. Ook blijkt niet welke kosten zijn gemoeid met incasso. Wel geeft een concessiehouder aan dat de incassokosten zijn gedaald door verhoging van de competentiegrens van de kantonrechter.²⁸ Als gevolg hiervan is het niet meer altijd nodig om voor een gerechtelijke procedure een advocaat in te schakelen.

Afboeking vorderingen

In de rapportages is het afboeken van vorderingen door concessiehouders nader gespecificeerd en toegelicht.

Een aantal concessiehouders geeft aan dat een vast stappenplan wordt gehanteerd waarbij alle stappen moeten zijn doorlopen voordat een vordering wordt afgeboekt. Ook geven enkele concessiehouders aan het afboekingsbeleid te heroverwegen en bewust af te wijken van het ZN protocol Controle, terugvordering & incasso pgb Nieuwe Stijl van 24 februari 2003. De NZa is van mening dat dit protocol moet worden geactualiseerd. Dit protocol maakt tevens deel uit van het door het CVZ opgestelde Controleprotocol PGB-AWBZ en VPZ 2012 van 23 mei 2012. Concessiehouders geven aan dat vorderingen niet standaard worden afgeboekt als terugvordering binnen een jaar niet mogelijk is. Vorderingen worden pas afgeboekt als alle (buiten)gerechtelijke incassomogelijkheden zijn onderzocht en benut. Vaak wordt hiervoor een termijn genoemd van drie jaar. Concessiehouders benadrukken dat deze werkwijze een negatief effect heeft op zowel hoogte als ouderdom van het debiteurensaldo maar wel zorgt dat uiteindelijk een hoger bedrag kan worden ingevorderd.

²⁸ De competentiegrens heeft betrekking op de bevoegdheid van de kantonrechter. De kantonrechter is met ingang van 1 juli 2011 bevoegd om zaken af te handelen met een financieel belang tot € 25.000. Voorheen was dit € 5.000.

Concessiehouders geven expliciet aan dat alleen wordt afgeboekt als geen verhaal mogelijk is via zowel het minnelijke als gerechtelijke traject. Bij betaalafspraken (minnelijke traject) kan de looptijd van de invordering bij een kansrijke debiteur langer zijn. Concessiehouders geven aan dat vorderingen oninbaar zijn als gevolg van onder meer overlijden (verwerping nalatenschap of geen erven), emigratie, schuldsanering, faillissement of dat de kosten niet opwegen tegen de baten. Bovendien worden vorderingen afgeboekt uit coulance of bij door het zorgkantoor gemaakte fouten. Een concessiehouder is per augustus 2012 in samenwerking met de Sociale Verzekeringsbank een pilotproject gestart voor administratieve ondersteuning van budgethouders, uitwisseling van signalen en incasso. Deze concessiehouder werkt bovendien samen met Kredietbank Nederland voor optimalisering van de processen.

Verrekening vorderingen

Vrijwel alle concessiehouders zijn in 2012 gestopt met het verrekenen van vorderingen met lopende voorschotten. Twee van de negen concessiehouders aan wie een informatieverzoek is gedaan, geven aan dat openstaande vorderingen nog steeds worden verrekend. Binnen ZN-verband is afgesproken om per 1 januari 2012 niet meer te verrekenen. Vier concessiehouders hebben hier per 2012 gevolg aan gegeven. Drie concessiehouders waren al eerder gestopt met verrekenen.

Verrekening was aanvankelijk bedoeld om niet of onjuist bestede budgetten beter te kunnen beheersen. Door verrekening ontstond echter een onwenselijke situatie en onvoldoende transparantie en duidelijkheid bij de budgethouders. Door verrekening resteerde bij budgethouders onvoldoende budget om de benodigde zorg in te kopen. Als gevolg van onderbesteding ten opzichte van het toegekende voorschot ontstonden hierdoor nieuwe terugvorderingen.

Concessiehouders vinden uiteraard belangrijk dat budgethouders er zich van bewust zijn dat de niet bestede budgetten terugbetaald moeten worden. Maar ook dat budgethouders zicht hebben op de hoogte van het budget dat per jaar beschikbaar is voor het inkopen van zorg. Waarbij dit budget daadwerkelijk beschikbaar wordt gesteld.

Deze gewijzigde systematiek kan er toe hebben geleid dat het gemiddeld openstaand saldo bij enkele concessiehouders is gestegen.

Vervolg

Vanwege het belang om de kosten van de Regeling subsidies AWBZ (persoonsgebonden budget) te beheersen en om meer inzicht te verkrijgen in de financiële resultaten van hun inspanningen is aan alle concessiehouders verzocht om financiële gegevens aan te leveren. De concessiehouders moeten de NZa periodiek informeren, via een door de NZa opgesteld model, over hun inspanningen en hun resultaten hiervan om de openstaande saldi te verlagen. De hierbij gehanteerde rapportagedata zijn 1 april, 1 juli en 1 oktober 2013.

3.6.5 Uitvoering vergoedingsregeling VPZ

Wil een cliënt in aanmerking komen voor een VPZ dan moet hij voor tenminste 10 uur AWBZ-zorg per week geïndiceerd zijn. Verder moet hij aannemelijk maken dat zijn specifieke zorgvraag niet door het beschikbare regionale zorgaanbod niet in natura beschikbaar is. Ook moet hij een zorgplan overleggen aan het zorgkantoor.

De concessiehouders ervaren in het algemeen weinig problemen bij de toepassing van het 10 uur-criterium, ook al is soms extra onderzoek

nodig omdat dit criterium geldt voor alle bewoners van een leefeenheid samen. Eén concessiehouder meldt echter dat enkele afgewezen cliënten bij het CIZ een hogere indicatie aanvragen om alsnog aan de norm te voldoen.

De beoordeling van afwezigheid van voldoende alternatieven in natura is lastiger. Hiervan kan sprake zijn als de cliënt op ongebruikelijke tijden of op afroep zorg nodig heeft. De cliënt kan afwezigheid van geschikt zorgaanbod niet altijd aantonen; dit betekent voor hem soms een lange zoektocht. Aan de andere kant zien concessiehouders aanvragen die niet zozeer een specifieke zorgvraag betreffen, als wel specifieke zorgverleners (familie, bekenden). Concessiehouders vinden dat aanbod in natura vaak beschikbaar is, desnoods via onderaanneming. Zij zien hierin voor veel VPZ-aanvragers goede alternatieven.

Met het in te dienen zorgplan laat de aspirant budgethouder aan de concessiehouder zien waarom hij een VPZ aanvraagt, en of hij weet wat er van hem verwacht wordt. Concessiehouders zijn over dit criterium goed te spreken. Uit het zorgplan blijkt vaak dat de cliënt nog meer voorwerk moet verrichten. Hierdoor wordt de aanvraag VPZ vertraagd.

De concessiehouders hebben maar weinig aanvragen voor het VPZ gekregen, en verwachten slechts een klein deel van het beschikbare subsidieplafond in te zetten. Zij hebben dan ook weinig of geen ervaring met interpretatieverschillen met cliënten over de toepassing van de toegangscriteria voor de VPZ. Problemen worden vaak voorkomen door de cliënt alsnog naar geschikte zorg in natura te bemiddelen.

Alle concessiehouders geven aan dat de uitvoering van de VPZ regeling initiële meerkosten heeft veroorzaakt, die niet in de beheerskosten zijn vergoed. Het betreft met name de opzet van een nieuw proces en de informatievoorziening aan cliënten.

3.6.6 Controle op inschrijving bij een AWBZ-verzekeraar

Bij de toetsing van de NAW-gegevens van pgb-aanvragers hebben de concessiehouders geen rechtstreekse toegang tot de GBA. Desgevraagd blijken alle concessiehouders gebruik te kunnen maken van de GBA. Een concessiehouder zegt dat dit gebeurt via de licentie van de gelieerde zorgverzekeraar Zvw. Zeven concessiehouders geven expliciet aan dat de GBA-controle altijd plaatsvindt, ongeacht eigen verzekerde of niet.

De concessiehouders controleren de inschrijving van de pgb-aanvrager bij een AWBZ-verzekeraar via Vecozo²⁹. Dit gebeurt elektronisch bij pgb-indicaties die van het CIZ worden ontvangen. Bij de hierbij ontstane uitval en bij de op papier aangeleverde indicaties van BJZ moet deze controle handmatig plaatsvinden. Kan ook dan geen match worden gevonden, verricht de concessiehouder nader onderzoek of vraagt hij het verzekeringsbewijs bij de cliënt op.

3.7 Bevindingen verdiepend onderzoek Monitoring continuïteit zorgverlening

De concessiehouder moet, indien signalen daartoe aanleiding geven, nader onderzoek doen bij een zorgaanbieder naar een mogelijk gevaar voor discontinuïteit van zorgverlening.

²⁹ Vecozo betekent: 'Veilig communiceren in de zorg' en is een platform voor gegevensuitwisseling tussen zorgverzekeraars.

De concessiehouder moet hiervoor een standaard draaiboek beschikbaar hebben waarin is opgenomen welke mogelijkheden moeten worden onderzocht om continuïteit van zorg te borgen. De NZa verwacht dat de concessiehouder snel actie neemt als een zorgaanbieder in de problemen komt.

De NZa heeft geïnformeerd of de concessiehouder voor acute situaties over een 'plan B' beschikt. Dit is een op maat toegesneden actieplan om zijn zorgplicht naar de cliënten van de betreffende zorgaanbieder te garanderen. Tevens vroeg de NZa of dit 'plan B' deel uitmaakt van het hierboven genoemde standaard draaiboek.

Acht concessiehouders geven aan voor acute situaties een handelingsplan beschikbaar te hebben. Dit varieert van een complete bijlage bij het draaiboek tot een protocol dat zich beperkt tot de handelwijze van de concessiehouder bij zorgaanbieders in financiële problemen en/of de onderbrenging van de betreffende cliënten bij alternatief zorgaanbod.

Vijf concessiehouders, waarvan twee een handelingsplan hebben voor acute situaties, geven aan dat in elke concrete probleemsituatie naar bevind van zaken moet worden gehandeld. Dit laat zich naar hun mening niet altijd 'vangen' in een 'plan B' maar is sterk afhankelijk van de situatie: de omvang van de betreffende zorgaanbieder, de locatie, de cliëntenpopulatie en de aanwezigheid van alternatieven.

4. Rechtmatigheid concessiehouders en AWBZ-verzekeraars

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een overzicht 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 2011 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 2010

De NZa heeft vastgesteld dat bij alle concessiehouders het onderzoek 2010 is afgedaan. Alle concessiehouders hebben waar nodig de aan te brengen correcties aangebracht en/of onzekerheden uitgezocht.

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: Handleiding Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2011

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 accountantsverklaring	Goedkeurend	Met beperking		Oordeelsonthouding	Afkeurend

Bron: Handleiding Uitvoeringsverslag en financiële verantwoording 2011

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 2011

De externe accountants hebben bij de financiële verantwoordingen van alle concessiehouders een goedkeurende accountantsverklaring 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 (€ 22.884.630.000) en de schaden AWBZ exclusief subsidies (€ 22.734.016.000) over 2011 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 accountantsverklaring 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 2011 bij zes concessiehouders onrechtmatige schaden AWBZ geconstateerd (zie ook bijlage 2). Het totaalbedrag aan onrechtmatigheden bedraagt € 446.000 (0,002% van het totaal van de schaden AWBZ). Bij één concessiehouder (Stichting Zorgkantoor Menzis) is een bedrag van circa € 152.000 onrechtmatig dat bijna geheel betrekking heeft op cliënten die niet verzekerd zijn.

Voor het overige betreffen bijna alle onrechtmatigheden onrechtmatige schaden die bij concessiehouders geconstateerd zijn bij het uitvoeren van materiële controles bij zorgaanbieders.

De zes concessiehouders, waar onrechtmatigheden zijn geconstateerd, moeten de geconstateerde onrechtmatige schaden corrigeren in de financiële verantwoording over 2012. Deze concessiehouders moeten

zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2012. De NZa zal bij haar onderzoek over 2012 nagaan of de correcties daadwerkelijk zijn uitgevoerd door de concessiehouders.

4.2.4.2 Onzekerheden in de verantwoording

De NZa heeft bij drie concessiehouders onzekerheden over de rechtmatigheid vastgesteld (zie ook bijlage 2). Het totaalbedrag aan te kwantificeren onzekerheden over de rechtmatigheid bedraagt € 8.925.000 (0,04% van het totaal van de schaden AWBZ). Het leeuwendeel van deze onzekerheid (€ 8.500.000) betreft onzekerheden die geconstateerd zijn bij concessiehouder Achmea Zorgkantoor N.V. Deze onzekerheid heeft betrekking op de post hulpmiddelen ad € 8.500.000. In de Bestuurlijke verantwoording heeft Achmea Zorgkantoor N.V. het volgende opgenomen: *'Voor het proces 'declareren hulpmiddelen' van niet persoonsgebonden hulpmiddelen heeft Achmea Zorgkantoor N.V. in 2010 geconstateerd dat er vanaf 2006 geen declaraties bij het CVZ in rekening zijn gebracht. De gedane betalingen door Achmea Zorgkantoor N.V. zijn tot op heden volledig voor eigen rekening genomen. Uit intern onderzoek is gebleken dat het voor de jaren 2006 – 2010 gaat om een bedrag van € 6.100.000. Vastgesteld is dat de betalingen conform wettelijke eisen zijn uitbetaald. In overleg met de NZa/CVZ is besloten dat deze betalingen alsnog in rekening gebracht mogen worden bij het CVZ. De procedure is aangepast, zodat in de toekomst deze fout niet meer voor kan komen. In de financiële verantwoording 2011 zijn de betalingen over de jaren 2006 tot en met 2011 juist verwerkt voor een bedrag van € 8.500.000.'*

Het CVZ heeft aangegeven dat hierover nog geen officieel standpunt is ingenomen door het CVZ. Het CVZ geeft aan dat indien is vastgesteld dat deze kosten inderdaad zijn gemaakt en niet eerder zijn gedeclareerd, het CVZ deze kosten mogelijk zal vergoeden.

De concessiehouder moet nog aantonen dat de kosten daadwerkelijk zijn gemaakt en niet eerder zijn gedeclareerd. In afwachting hiervan heeft de NZa haar oordeel over deze post opgeschort.

De NZa heeft een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. Achmea Zorgkantoor N.V. moet aantonen dat de kosten niet persoonsgebonden hulpmiddelen 2006 - 2011 daadwerkelijk zijn gemaakt en niet eerder zijn gedeclareerd. De hierbij gehanteerde rapportagedata zijn 1 april, 1 juli en 1 oktober 2013.

Een bedrag aan onzekerheden van in totaal € 425.000 heeft betrekking op onzekerheden die zijn geconstateerd bij twee concessiehouders (Zorgkantoor Friesland B.V. en CZ Zorgkantoor N.V) bij het uitvoeren van de materiële controles bij zorgaanbieders.

De NZa schort haar oordeel over alle genoemde onzekerheden op. Desbetreffende concessiehouders moeten in 2012 nader onderzoek doen naar de geconstateerde onzekerheden en waar nodig correcties doorvoeren. Deze concessiehouders moeten zich hierover verantwoorden in de verantwoordingsinformatie over 2012. De NZa zal bij haar onderzoek over 2012 beoordelen of de concessiehouders er in zijn geslaagd de onzekerheden af te doen.

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 2011

In tabel 4.3 zijn het totale budget beheerskosten, de gerealiseerde beheerskosten en het behaalde budgetresultaat van de concessiehouders over 2011 en 2010 weergegeven.

Tabel 4.3. Totale beheerskosten, budget en budgetresultaat

	2011 (x € 1.000)	2010 (x € 1.000)
Budget beheerskosten ³⁰	155.123	155.083
Beheerskosten ³¹	167.110	146.085
Budgetresultaat	-/- 11.987	8.998

Bron: Financiële verantwoordingen 2011 en 2010 van de concessiehouders.

Het totale budget beheerskosten van de concessiehouders is licht gestegen van € 155.083.000 in 2010 naar € 155.123.000 in 2011.

De totale beheerskosten van de concessiehouders bedroegen in 2011 € 167.110.000 ten opzichte van € 146.085.000 in 2010. Dit betekent een aanzienlijke stijging ten opzichte van 2010 van 14,4%. De NZa heeft geconstateerd dat er aanzienlijke verschillen zijn in de mutaties van de beheerskosten bij de concessiehouders. Bij bijna alle concessiehouders zijn de beheerskosten gestegen. Alleen bij OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. zijn de beheerskosten in 2011 in vergelijking met 2010 gedaald (daling van 3,5%).

Bij Achmea Zorgkantoor N.V. zijn de beheerskosten in 2011 het sterkst gestegen in vergelijking met 2010. De stijging van de beheerskosten bedroeg bij deze concessiehouder ruim 35% van € 22.659.000 over 2010 naar € 30.623.000 over 2011. De concessiehouder kan de sterke toename van de beheerskosten slechts gedeeltelijk verklaren en een adequate kostenbewaking van de beheerskosten ontbreekt. De NZa heeft Achmea Zorgkantoor N.V. een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. Achmea Zorgkantoor N.V. moet de NZa informeren over de uitkomsten van een grondige analyse van de toename van de beheerskosten 2011 ten opzichte van 2010. De concessiehouder moet eventuele onrechtmatigheden corrigeren. De hierbij gehanteerde rapportagedata zijn 1 april, 1 juli en 1 oktober 2013.

Ook bij CZ Zorgkantoor B.V. zijn de beheerskosten in 2011 zeer sterk gestegen in vergelijking met 2010. Hier bedroeg de stijging van de beheerskosten € 4.967.000 (16,9%). De NZa heeft echter geconstateerd dat een bedrag van € 2.353.000 onterecht is opgenomen als beheerskosten 2011. Dit betroffen oninbare vorderingen pgb en een afboeking op een vordering uit hoofde van de subsidieregeling Diensten met Wonen en Zorg in de regio Haaglanden, die als beheerskosten zijn verantwoord en ten laste van de wettelijke reserve AWBZ zijn gebracht.

³⁰ Onder het 'budget beheerskosten' is het budget opgenomen voor zover dat betrekking heeft op het jaar 2011. Nabetalings en herziene beschikkingen beheerskosten voorgaande jaren zijn hierin niet in alle gevallen opgenomen.

³¹ 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).

Zowel kosten afboeking op oninbare vorderingen pgb als kosten afboeking op vorderingen subsidieregeling Diensten met Wonen en Zorg kunnen niet met de beheerskosten verrekend worden, omdat het separate stromen betreft.

Bij Stichting Zorgkantoor Menzis zijn de beheerskosten ook aanzienlijk gestegen in 2011 met € 2.665.000 (13,8%). De NZa heeft geconstateerd dat hiervan een bedrag van € 161.000 onrechtmatig is in verband met te hoog ingeschatte beheerskosten.

CZ Zorgkantoor B.V. en Stichting Zorgkantoor Menzis moeten de onrechtmatige beheerskosten over 2011 corrigeren in de financiële verantwoording over 2012.

Ook bij de andere zeven concessiehouders zijn de beheerskosten aanzienlijk gestegen. Dit betreft: Agis Zorgverzekeringen N.V. (4,3%), Zorgkantoor DSW B.V. (6,1%), Univé Zorgkantoor B.V. (9,8%), Zorgkantoor Friesland B.V. (10,5%), VGZ Zorgkantoor B.V. (11,3%), Trias Zorgkantoor B.V. (12,5%) en Salland Zorgkantoor B.V. (12,6%). Bij deze concessiehouders zijn de verantwoorde beheerskosten wel rechtmatig.

De belangrijkste verklaringen voor de kostenstijgingen zijn de stijging van de kosten veroorzaakt door werkzaamheden pgb (+ 18%), kosten AZR (+ 39%) en hogere beheerskosten in het kader van werkzaamheden zorgcontractering en overige activiteiten, waaronder UAZ (+ 22%).

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 2011 van € 167.110.000 rechtmatig zijn met inachtneming van de hiervoor genoemde onrechtmatigheden bij CZ Zorgkantoor B.V. en Stichting Zorgkantoor Menzis van respectievelijk € 2.353.000 en € 161.000.

In de *'Beleidsregels ter verdeling besteedbare middelen beheerskosten verbindingkantoren'* is opgenomen dat concessiehouders een incidentele vergoeding krijgen voor het aanpassen van de huidige administratie naar een administratie op verzekerdeniveau, onder de voorwaarde dat de concessiehouder zich hierover in het uitvoeringsverslag voldoende verantwoordt. In het uitvoeringsverslag moeten concessiehouders aangeven op welke wijze zij het beschikbaar gestelde bedrag voor het aanpassen van de huidige administratie naar een administratie op verzekerdeniveau hebben besteed. De NZa heeft geconstateerd dat zeven van de in totaal elf concessiehouders zich expliciet hierover hebben verantwoord in de verantwoordingsinformatie.

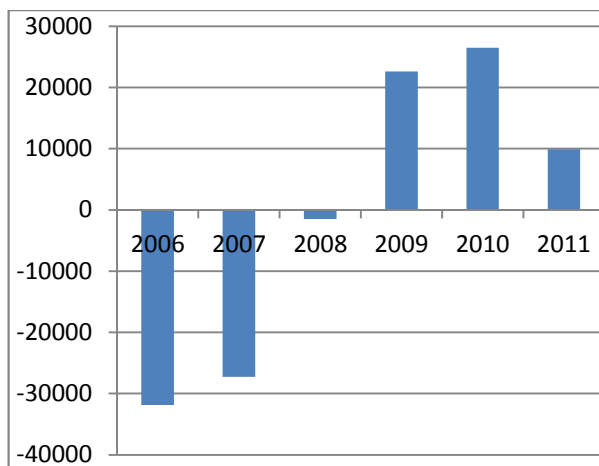
Het totale budgetresultaat van alle concessiehouders over 2011 bedraagt negatief € 11.987.000 (2010: positief € 8.998.000). In de bijlage 2 zijn de budgetresultaten voor alle concessiehouders opgenomen. Slechts twee concessiehouders (Agis Zorgverzekeringen N.V en OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.) hebben een positief budgetresultaat behaald.

In bijlage 2 is het verhoudingsgetal 'totaal van de beheerskosten 2011 ten opzichte van het totaal van de schaden AWBZ 2011' 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 2011 (ultimo jaar)



Bedragen x € 1.000

Bron: Financiële verantwoordingen van de concessiehouders

In het vorige onderzoek merkte de NZa op dat de wettelijke reserve AWBZ van de concessiehouders zich had ontwikkeld van een negatieve stand ultimo 2006 van € 31 miljoen naar een positieve stand ultimo 2010 van ruim € 26 miljoen. De belangrijkste redenen voor de sterke stijging van de wettelijke reserve AWBZ waren de afkoop van de negatieve reserves 2005 en 2006 door het CVZ en de toekenning van extra incidentele en structurele middelen in de beheerskostenbudgetten 2009 en 2010.

Door de negatieve budgetresultaten in 2011 is de stand van de wettelijke reserves AWBZ fors gedaald in vergelijking met ultimo 2010. Ultimo 2011 resteert een totale stand van de wettelijke reserves AWBZ van bijna € 10 miljoen. Dit is een daling van 62% in vergelijking met ultimo 2010.

Informatieverzoek

De NZa merkt op dat ultimo 2011 drie concessiehouders een negatieve wettelijke reserve AWBZ hebben (ultimo 2010 was er slechts één concessiehouder met een negatieve wettelijke reserve AWBZ, zie tabel 4.4).

Bij de concessiehouder (OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A) die ultimo 2010 een negatieve reserve had (€ 808.000 negatief) is de negatieve stand van de wettelijke reserve AWBZ teruggebracht. Ultimo 2011 bedroeg de stand van de wettelijke reserve AWBZ € 364.000 negatief. Voor de concessiehouder is het, mede in verband met moeilijk in te schatten automatiseringskosten, onzeker of de wettelijke reserve AWBZ ultimo 2012 positief zal zijn.

Twee concessiehouders hebben ultimo 2011 voor het eerst een negatieve wettelijke reserve AWBZ. Dit betreft Salland Zorgkantoor B.V. en Achmea Zorgkantoor N.V. Bij Salland Zorgkantoor B.V. bedraagt de stand van de wettelijke reserve AWBZ ultimo 2011 negatief € 195.000 (ultimo 2010: positief € 75.000).

Achmea Zorgkantoor B.V. heeft ultimo 2011 een aanzienlijke negatieve reserve van € 5.886.000 (ultimo 2010: positief € 3.386.000).

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 heeft drie concessiehouders een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. Achmea Zorgkantoor N.V., Salland Zorgkantoor B.V. en OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. moeten de NZa informeren over een plan van aanpak, dat tot doel heeft de negatieve reserve AWBZ voor 1 januari 2014 om te buigen in een positieve reserve. Daarnaast moeten deze concessiehouders de NZa informeren over de voortgang van de implementatie van de te nemen acties. De hierbij gehanteerde rapportagedata zijn 1 april, 1 juli en 1 oktober 2013.

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

	2011	2010	2009
Aantal concessiehouders met een positieve reserve AWBZ	8	10	10
Aantal concessiehouders met een negatieve reserve AWBZ	3	1	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 2011 geen één concessiehouder is die over een wettelijke reserve AWBZ beschikt die het maximum van 20% van het beheerskostenbudget te boven gaat.

Eén concessiehouder heeft ultimo 2011 een bedrag van exact 20% van het beheerskostenbudget opgenomen. Deze concessiehouder heeft het bedrag dat boven de grens van 20% uitkomt als schuld aan het AFBZ opgenomen in de Financiële verantwoording.

De door de meeste concessiehouders toegerekende rendementen aan de wettelijke reserve AWBZ zijn acceptabel. Wel is het gemiddelde behaalde rendement, evenals vorig jaar, erg laag. Dit komt door de lage rekening courant vergoedingen die van toepassing waren in 2011. Vier concessiehouders hebben een negatief rendement toegerekend aan de wettelijke reserve AWBZ. Bij één concessiehouder is dit omdat deze concessiehouder een negatieve reserve heeft. De andere drie concessiehouders (Trias Zorgkantoor B.V., Univé Zorgkantoor B.V en VGZ Zorgkantoor B.V) hebben echter een positieve wettelijke reserve AWBZ. De negatieve rendementstoerekening is een gevolg van een correctie met betrekking tot pgb rendementen voor oude jaren.

Rendement op tijdelijk overtollige middelen pgb

De NZa merkte in het vorige onderzoek op dat de concessiehouders rendementen hebben behaald op tijdelijk overtollige middelen pgb. Het CVZ heeft de concessiehouders in augustus 2010 geïnformeerd over de wijze van verantwoording van de behaalde rendementen op tijdelijk overtollige middelen pgb. De rendementen moeten in overeenstemming met artikel 1.3.1 Regeling subsidies AWBZ worden verantwoord als met

de gesubsidieerde activiteiten samenhangende baten. De NZa had geconstateerd dat bij één concessiehouder de verantwoording in 2010 niet overeenkomstig met CVZ gemaakte afspraken gebeurd was. Deze concessiehouder moest deze opbrengsten in de financiële verantwoording over 2011 alsnog op een juiste manier verantwoorden. De NZa merkt op met betrekking tot de opvolging van dit verbeterpunt dat het CVZ heeft aangegeven dat de subsidies pgb over 2008 en 2009 inmiddels zijn afgewikkeld. De concessiehouder heeft de bezwaren ingetrokken. In de bestuurlijke verantwoording 2011 heeft de concessiehouder aangegeven dat met het CVZ nog geen overeenstemming is bereikt over de hoogte van de pgb-rente. De totale impact in de financiële verantwoording bedraagt – volgens de concessiehouder - over de jaren 2008 tot en met 2011 € 6.800.000. Deze schuldpositie is opgenomen onder het aandeel in overige schulden en onder de overige renteopbrengsten in de exploitatierekening. Na definitieve overeenstemming met het CVZ zal het rentebedrag in de rekening-courant CVZ naar jaarlaag worden verwerkt.

De concessiehouders hadden het rendement op tijdelijk overtollige middelen in 2008 en 2009 nog op verschillende manieren verantwoord in hun financiële verantwoordingen vanwege het tot augustus 2010 (zie hiervoor) ontbreken van duidelijke regelgeving. Een aantal concessiehouders moest hiervoor voorgaande jaren in de financiële verantwoording 2010 nog een correctie uitvoeren. De NZa heeft tijdens het vorige onderzoek vastgesteld dat drie concessiehouders deze correcties in 2010 niet hebben aangebracht. Deze concessiehouders stellen zich namelijk op het standpunt dat een wettelijke basis voor een dergelijke correctie ontbreekt. Eén concessiehouder heeft bij het CVZ bezwaar gemaakt tegen deze correctie. De NZa wacht voorts nog de beslissing op dit bezwaar af. De uitkomst van de bezwaarprocedure is bepalend voor vervolgactie.

De NZa merkt op dat één van deze drie concessiehouders onder protest en enkel en alleen om te kunnen voldoen aan de verslaggevingseisen van de Raad voor de Jaarverslaggeving deze rentebaten ten gunste van de subsidieregeling pgb-AWBZ heeft gebracht. De concessiehouder oriënteert zich op eventuele verdere juridische stappen.

Bij één concessiehouder heeft de NZa geconstateerd dat het beroep dat de concessiehouder tegen de vaststelling heeft ingesteld nog loopt. De concessiehouder heeft de omvang van het behaalde rendement inmiddels berekend op € 1.222.000. Dit bedrag is niet in de financiële verantwoording van het zorgkantoor opgenomen. De andere concessiehouder heeft inmiddels zijn bezwaar ingetrokken. Er bestaat nog onzekerheid of een en ander inmiddels gecorrigeerd is in de financiële verantwoording.

In 2011 is de rendementstoerekening pgb bij nagenoeg alle 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 2011 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 2011

De NZa constateert dat de in de jaarstaten 2011 opgenomen lasten van € 10.706.000 rechtmatig zijn met uitzondering van de in 4.3.3. opgenomen onrechtmatigheid.

Verder constateert de NZa dat de lasten AWBZ vanwege ziekenhuisverpleging en revalidatiecentra na 365 dagen van € 375.000 rechtmatig zijn.

4.3.3 Onrechtmatige uitgaven/lasten 2011

De NZa heeft over 2011 bij de één van de in totaal 27 AWBZ-verzekeraars onrechtmatige uitgaven/lasten geconstateerd voor een bedrag van € 122.000. Dit betreft in rekening gebrachte kosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland ad € 122.000 die geen betrekking hebben op het boekjaar 2011, maar op het boekjaar 2012. De AWBZ-verzekeraar moet het gecorrigeerde bedrag ad € 122.000 op de jaarstaat 2012 verantwoorden.

4.3.4 Onzekerheden over de rechtmatigheid 2011

De NZa heeft over 2011 geen onzekerheden geconstateerd over de rechtmatigheid bij de AWBZ-verzekeraars.

4.3.5 Opvolging vorig onderzoek

Agis Zorgverzekeringen N.V. is aangewezen om voor personen die op grond van een verdragsregeling bij tijdelijk verblijf in Nederland recht hebben op zorg ingevolge de AWBZ, de betreffende verdragsregeling uit te voeren (zie ook paragraaf 1.3.2). Als zorgaanbieders AWBZ-zorg willen leveren aan personen die in het buitenland verzekerd zijn en die in Nederland aanspraak hebben op AWBZ-zorg, dan moeten deze zorgaanbieders dit melden aan Agis Zorgverzekeringen N.V.; dit is het bevoegde orgaan van de verblijfplaats.

Bij de uitvoering van deze regeling was over 2006 tot en met 2009 een onzekerheid vastgesteld over de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven. Voor de jaren 2006 tot en met 2009, had Agis Zorgverzekeringen N.V. nog geen kosten van AWBZ-zorg die in Nederland is genoten en die voor rekening van het buitenland komt, bij buitenlandse verzekeringsorganen gedeclareerd.

De NZa heeft in het onderzoek over 2010 vastgesteld dat Agis Zorgverzekeringen N.V. nog circa € 2.000.000 bij buitenlandse verzekeringsorganen in rekening moest brengen.

Dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat Agis Zorgverzekeringen N.V. in 2011 € 2.056.000 bij buitenlandse verzekeringsorganen teruggevorderd heeft. Hiermee is het onderzoek over 2010 afgedaan. De NZa heeft verder geconstateerd dat het onderzoek ook bij de andere AWBZ-verzekeraars over voorgaande jaren is afgedaan.

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 2011

5.2.1 De uitvoering 2011: ontwikkelingen

Het verantwoordingsjaar 2011 stond, evenals het voorgaande jaar, in het teken van de per 1 januari 2012 te realiseren omvorming tot zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) en het veranderprogramma 'De Klant Centraal'. Daarnaast is het CAK vanaf 2010 belast met nieuwe taken, de uitvoering van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de eigen bijdragen voor de functie begeleiding.

De NZa heeft tijdens het vorige onderzoek aangegeven dat deze ontwikkelingen er volgens het CAK toe hebben geleid dat nog niet alle door de NZa gerapporteerde verbetermaatregelen zijn gerealiseerd. Verbeteringen waren noodzakelijk voor onder andere de administratieve organisatie, met name de automatiseringsomgeving, de interne beheersing, een aantal deelprocessen van de uitvoering van de eigen bijdragen regelingen en de klachtenbehandeling. De NZa heeft naar aanleiding van het vorige onderzoek aandacht gevraagd voor de wijze waarop het CAK de noodzakelijke verbeteringen moet realiseren. Het CAK moest de NZa nader informeren over specifieke stappen die gezet worden c.q. de plannen van aanpak met daarin opgenomen (tussentijdse)mijlpalen en de tijdstippen waarop de verbeteringen gerealiseerd moeten zijn. De NZa heeft in dit kader bijzondere aandacht gevraagd voor het voldoen aan de Europese aanbestedingsrichtlijnen.

In dit onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat veel verbeterpunten niet zijn opgevolgd. In 2011 heeft het CAK het proces Administratieve organisatie en Interne Beheersing op onvoldoende wijze uitgevoerd. De NZa komt 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.

De processen Klachtenbehandeling, Eigen bijdragen Zorg zonder verblijf, Wmo en Zorg met verblijf heeft het CAK op voldoende wijze uitgevoerd. Vooral het proces ten aanzien van de eigen bijdragen kent nog veel verbeterpunten. Het CAK scoort hier net een voldoende voor.

Het CAK heeft de processen Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik, Betalingen van zorgaanspraken AWBZ en Interest Geldmiddelen AFBZ op een goede wijze uitgevoerd.

De NZa constateert dat het CAK de wettelijke taken in 2011 in totaliteit op voldoende wijze heeft uitgevoerd.

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

Het CAK heeft mogelijkheden om een belangrijke rol te vervullen door op basis van beschikbare informatie pro actief mogelijk misbruik of oneigenlijk gebruik te signaleren, bijvoorbeeld door bestandsanalyses. Het CAK is van mening dat het preventief opsporen van mogelijke fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik in de keten niet als taak aan het CAK is opgelegd. De NZa is van mening dat gelet op de informatie waarover het CAK beschikt het CAK een grotere rol kan vervullen op het terrein van fraudebeheersing.

Maatregel

De NZa heeft het CAK op grond van artikel 78 van de Wmg een aanwijzing gegeven. Het CAK moet het onvoldoende uitgevoerde proces Administratieve organisatie en interne beheersing op orde brengen. Het CAK moet hiertoe een verbeterplan opstellen en de te nemen maatregelen implementeren. De NZa zal dit proces kritisch volgen. De hierbij gehanteerde rapportagedata zijn 1 april, 1 juli en 1 oktober 2013. Daarnaast heeft de NZa het CAK een informatieverzoek gedaan op basis van artikel 61 Wmg. Het CAK moet de NZa z informeren over de opvolging van de verbeterpunten 2010 die in 2011 nog niet zijn opgevolgd. De hierbij gehanteerde rapportagedata zijn 1 april, 1 juli en 1 oktober 2013.

5.2.2 Verdiepend onderzoek naar de tijdigheid van het eigen bijdrage proces voor Zorg met verblijf (ZMV)

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 van het eigen bijdragen proces. 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 2010 en 2011 in dagen

Aanvang zorg	2010	jan-juli 2011	aug-dec 2011
Eerste stap: MAZ	15,3	12,1	15,6
Vervolgstappen	50,5	63,3	63,2
Totaal	65,8	75,4	78,8

Bron: CAK Ketenmonitor Eigen Bijdrage 2010 en 2011

De uitkomsten laten zien dat de doorlooptijd van de vervolgstappen voor de aanvang van de eigen bijdrageheffing is toegenomen van ruim 50 dagen in 2010 tot ruim 63 dagen in 2011. Alhoewel het hier slechts om een globale benadering gaat, is het beeld duidelijk. De gemiddelde afhandeltijd van het CAK vanaf de ontvangst van de MAZ tot aan de eerste facturatie ligt in 2011 boven de door de NZa gehanteerde norm van acht weken, waarbinnen 98% gefactureerd moet zijn.

De doorlooptijden van de eerste stap, de MAZ, zijn ongeveer gelijk gebleven op vijftien dagen. De zorgkantoren leveren zowel in 2010 als 2011 slechts de helft van de meldingen tijdig, binnen de door ketenpartners gehanteerde norm van vier dagen, aan het CAK aan. Er blijken aanzienlijke verschillen tussen concessiehouders in doorlooptijden en foutmeldingen.

Tabel 5.2. Doorlooptijd van beëindiging eigen bijdrageproces ZMV in 2010 en 2011 in dagen

Aanvang zorg	2010	jan-juli 2011	aug-dec 2011
Eerste stap: MEZ	43,3	28,1	30,0
Vervolgstappen	37,9	45,9	48,0
Totaal	81,2	74,0	78,0

Bron: CAK Ketenmonitor Eigen Bijdrage 2010 en 2011

De uitkomsten tonen een stijging van de duur van de vervolgstappen door het CAK voor de beëindiging van de eigen bijdrageheffing, van circa 38 dagen in 2010 tot 46 – 48 dagen in 2011.

De doorlooptijden van de eerste stap, de MEZ, zijn gedaald van 43 dagen in 2010 tot 28 – 30 dagen in 2011. De zorgkantoren leveren zowel in 2010 als 2011 circa 70% van de meldingen tijdig, binnen de door ketenpartners gehanteerde norm van 6 dagen, aan het CAK aan.

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 zorgaanspraken AWBZ	1% van de totale mutatie in rekening courant met het AFBZ
Eigen bijdragen Zorg zonder Verblijf	1% van de totaal opgelegde eigen bijdragen voor Zorg zonder Verblijf
Eigen bijdragen Wmo	1% van de totaal opgelegde eigen bijdragen voor Wmo
Eigen bijdragen Zorg met Verblijf	1% van de totaal opgelegde eigen bijdragen voor Zorg met Verblijf
Uitkeringen CER	1% van de totaal vastgestelde uitkeringen CER
Interest geldmiddelen AFBZ en Zvf	Goedkeuringstolerantie is 1% van het totaal van de verantwoorde geldmiddelen AFBZ en Zvf
Beheerskosten AWBZ, CER en Wmo	Goedkeuringstolerantie is 1% van de verantwoorde beheerskosten AWBZ, CER en Wmo

Bron: Handleiding jaarverslaggeving 2011 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
		> 1%	≤ 3%		
Fouten in de verantwoording	≤ 1%	> 1%	≤ 3%	-	> 3%
Onzekerheden in de verantwoording	≤ 3%	> 3%	≤ 10%	> 10%	-
Soort accountantsverklaring	Goedkeurend	Met beperking		Oordeelonthouding	Afkeurend

Bron: Handleiding jaarverslaggeving 2011 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 2011

De externe accountant heeft vastgesteld dat het CAK procedureel niet volledig voldoet aan de Europese Aanbestedingsrichtlijnen en heeft op grond daarvan een afkeurende accountantsverklaring afgegeven. De NZa concludeert op basis van haar onderzoek dat over 2011 de rechtmatigheid van de geldstroom beheerskosten, welke is inbegrepen in de totale bedrijfsopbrengsten en schaden AWBZ 2011, niet kan worden vastgesteld aangezien het CAK in 2011 voor een groot deel van de beheerskosten (€ 43.300.000 van € 95.600.000 = 45%) niet heeft voldaan aan de Europese Aanbestedingsrichtlijnen. De beheerskosten zijn onrechtmatig. De NZa adviseert het CVZ deze beheerskosten, welke ten laste van de AWBZ-kas zijn gebracht, wel te aanvaarden in verband met het feit dat de gemaakte kosten met de taakuitvoering van het CAK te maken hebben (dit had mogelijk bij het navolgen van de Europese aanbestedingsrichtlijnen doelmatiger gekund) op voorwaarde dat het CAK zo spoedig mogelijk voldoet aan de Europese aanbestedingsrichtlijnen.

Ten aanzien van het voldoen aan de wettelijke verplichtingen in het kader van de Europese Aanbestedingsrichtlijn en het uitvoeren van de controle daarop, geldt dat met ingang van 2012 het toezicht op de beheerskosten wordt uitgevoerd door het Ministerie van VWS. VWS zal blijvend toezien op dit aspect. Het CAK dient aan VWS te melden wanneer voor nieuwe contracten niet wordt voldaan aan de Richtlijn.

Met uitzondering van de geconstateerde onrechtmatigheid van de geldstroom beheerskosten, heeft de NZa op basis van haar onderzoek over 2011 geen onrechtmatigheden en onzekerheden geconstateerd over de rechtmatigheid van de ontvangsten en uitgaven AWBZ/Wmo.

6. Verdiepend onderzoek toekomst uitvoering AWBZ

6.1 Inleiding

De uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden (UAZ) vindt per 1 januari 2013 geen doorgang.³² Omdat de concessiehouders hiertoe zich in het verslagjaar en begin 2012 voorbereidden, heeft de NZa hiernaar op verzoek van het ministerie van VWS verdiepend onderzoek uitgevoerd. Dit is ook relevant omdat bij concessiehouders al veranderingen zijn ingezet die niet meer worden teruggedraaid.

De NZa heeft de concessiehouders gevraagd naar de uitvoeringsconsequenties, de consequenties voor de organisatie zelf en de belangrijkste knelpunten bij invoering van uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden.

Zorgkantoren gingen ervan uit dat bij invoering van uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden nog (in een overgangperiode) een representatiemodel zou gelden. In een representatiemodel wordt per regio (conform huidige zorgkantoorregio) een representant aangewezen die namens alle AWBZ-verzekeraars onder meer de zorginkoop verricht.

6.2 Bevindingen

De NZa heeft verdiepend onderzoek gedaan naar de volgende prestatie-indicatoren: Zorg in natura (paragraaf 6.2.1), Klachtenbehandeling (paragraaf 6.2.2), Contracteerproces (paragraaf 6.2.3), Administratie op verzekerdeniveau voor zorg in natura (paragraaf 6.2.4), Administratie op verzekerdeniveau voor pgb (paragraaf 6.2.5), Monitoring continuïteit zorgverlening (paragraaf 6.2.6) en Materiële controle en Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik (paragraaf 6.2.7).

6.2.1 Zorg in natura

Alle concessiehouders werkten aan een verdere afstemming van de klantinformatie over de AWBZ en de Zvw. Alle AWBZ-uitvoerders moesten overzicht verkrijgen van de wachtlijsten, ten behoeve van de zorginkoop en de zorgtoewijzing. Dit zou een grote en complexe overdracht van gegevens uit de AZR vergen. De wachttijdinformatie per zorgaanbieder zou dan niet meer door de AWBZ-uitvoerders kunnen worden gecontroleerd.

Concessiehouders verwachtten dat de representant de regionale regio zou houden bij het overleg met cliëntorganisaties over knelpunten, en bij het beleid van zorgaanbieders voor aanvullende diensten. Concessiehouders verwachtten dat de samenwerking met gemeenten over de klantinformatie niet alleen via de representant zou gaan verlopen, maar ook via de afzonderlijke AWBZ-uitvoerders. De concessiehouders moesten immers hun verzekerden informeren.

De concessiehouders hoopten de klantinformatie per zorgaanbieder via een landelijk informatiepunt afdoende te kunnen regelen.

³² In het kader van UAZ AWBZ-uitvoerders genoemd.

De AWBZ-uitvoerders zouden vervolgens zelf verantwoordelijk zijn voor de wijze, waarop zij hun klanten over de beschikbare zorgaanbieders informeren.

Door de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden, toenemende organisatie van zorg in ketens en de overheveling van AWBZ-zorg naar de Wmo bezonnen concessiehouders zich op de herinrichting van hun organisatie. Het betrof hier een nauwere interne samenwerking tussen de AWBZ- en Zvw/afdelingen, en de samenwerking met gemeenten bij zorginkoop en klantvoorlichting.

De uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden zou volgens de concessiehouders enerzijds een daling van de beheerskosten door een interne integratie van administratieve processen betekenen. Anderzijds zou de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden een stijging van de beheerskosten veroorzaken. Dit als gevolg van reorganisatie, uitvoering van de representantfunctie, een complexer proces van zorgtoewijzing en – op termijn – met een complexer zorginkoopproces.

Concessiehouders verbonden aan de overgang naar de uitvoering van de AWBZ via representatie de volgende voorwaarden:

- betrouwbare, landelijke etalage-, kwaliteits- en wachtlijstinformatie per zorgaanbieder, waarop de AWBZ-verzekeraar voor de zorginkoop, klantinformatie en zorgtoewijzing zou kunnen steunen;
- een adequate vergoeding voor de beheerskosten, die moest aansluiten bij de veranderde taken in het kader van de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden.

Voor de overgang van representatie naar inkoop voor eigen verzekerden was volgens concessiehouders bovendien relevant:

- een verzekeraarsbudget dat goed moest aansluiten bij de te verwachten kosten per verzekerde of per cliënt en rekening zou houden met dynamische verzekerdenportefeuilles;
- een betrouwbaar financieel beheerssysteem zonder onverwachte ingrepen in het verzekeraarsbudget;
- een adequate regeling van de betaalfunctie.

6.2.2 Klachtenbehandeling

De concessiehouders verwachtten niet dat de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden veel invloed zou hebben op de wijze waarop klachten worden behandeld. Dit vloeit voort uit de verschillende wettelijke eisen, die aan de klachtenafhandeling op grond van de AWBZ respectievelijk de Zvw worden gesteld. Dat neemt niet weg dat concessiehouders, los van de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden, de klachtenbehandeling AWBZ en Zvw in toenemende mate willen bundelen. Dat willen zij doen door deze binnen een gezamenlijke afdeling uit te voeren en/of door beide processen zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen.

6.2.3 Contracteerproces

In toenemende mate werken de inkoopteams van het zorgkantoor en de zorgverzekeraar samen bij de zorginkoop, en betrekken daarbij zo nodig ook de gemeenten. Deze ontwikkeling is los van de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden al in gang gezet. Een verdergaande samenwerking in het contracteerbeleid wordt vooral belemmerd door het feit, dat de contracteerprocessen voor AWBZ respectievelijk Zvw verschillende cycli kennen. De eisen die de overheid stelt, alsmede de procedures van de NZa, zijn hier mede debet aan.

De concessiehouders verwachtten dat de representant, net als het huidige zorgkantoor, in grote lijnen de regionale regie zou behouden over de organisatie van de ketenzorg, de crisiszorg en de afstemming van het zorginkoopbeleid met de gemeentelijke voorzieningen.

Alle concessiehouders streefden naar een landelijke informatiepunt. Representanten zouden hierin hun regelingen voor crisiszorg doorgeven, alsmede hun contractafspraken met alle zorgaanbieders ten behoeve van controles door de AWBZ-uitvoerder op de declaraties van zorg. AWBZ-uitvoerders zouden via dit informatiepunt informatie leveren over de feitelijke zorglevering per zorgaanbieder. De representant zou deze informatie gebruiken ter controle van de nakoming van zijn inkoopafpraak met de zorgaanbieder en de beheersing van de contracteerruimte.

Voor signalen over zorgaanbieders en early warning zagen de concessiehouders geen rol voor het landelijke informatiepunt.

6.2.4 Administratie op verzekerdenniveau voor zorg in natura

Een deel van de concessiehouders maakte werk van verdere afstemming tussen de administratieve processen voor de uitvoering van de AWBZ respectievelijk de Zvw. Naast de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden speelt hierbij ook de mogelijke overheveling van zorg uit AWBZ naar de Zvw. Ook willen concessiehouders hiermee een meer integrale benadering bereiken van de inkoop voor AWBZ- respectievelijk Zvw-cliënten. Veel concessiehouders zien verdere afstemming nog belemmerd doordat in de AWBZ specifieke eisen gelden voor wachtlijstregistratie, regionale kostenbeheersing en doelmatigheid.

De overgang van de bevoorschotting van de zorgaanbieder naar betaling op declaratiebasis vinden concessiehouders een omvangrijke maar uitvoerbare operatie. Zolang zorginkoop nog via representatie geschiedt, willen zij in het algemeen de maandelijkse productiemonitor per zorgaanbieder nog handhaven. Verder is voor het declaratieproces een omzetting nodig van de controle op verzekeringsrecht en van de wachtlijstregistratie. Bovendien geldt voor de administratie op cliëntniveau niet langer een stabiel, regionaal verzekerdenbestand maar wordt hiervoor een beheer van dynamische AWBZ-verzekerdenportefeuilles noodzakelijk. Concessiehouders vinden dit aanzienlijke maar realistische uitdagingen.

De concessiehouders zijn van mening dat de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden al noodzaakt tot bevoorschotting van de zorgaanbieders op basis van de declaratie op cliëntniveau. Deze omslag is al in gang gezet, onafhankelijk van uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden. Daarmee vergeleken vinden zij de overgang van bevoorschotting via het CAK naar een eigen betaalfunctie een logische vervolgstap. Dit hangt echter mede af van de extra eisen die aan de betaalfunctie worden gesteld. Twee concessiehouders hebben aangegeven dat zij de huidige bevoorschotting per zorgaanbieder door één zorgkantoor als zeer efficiënt ervaren.

6.2.5 Administratie op verzekerdenniveau voor pgb

In het algemeen zagen concessiehouders geen grote problemen bij de overdracht van de pgb uitvoering aan AWBZ-uitvoerders. Daarover waren landelijk goede afspraken gemaakt. Het voormalige zorgkantoor

zou de oude dossiers afwikkelen. De AWBZ-uitvoerder zou verantwoordelijk worden voor de dossiers vanaf de datum van de overdracht. Een belangrijk aandachtspunt was de voorlichting hierover aan de cliënt. Ook zou het CVZ tijdig de nieuwe pgb-regelgeving bekend moeten maken, en tijdig een voorlopige berekening van het subsidievoorschot per AWBZ-uitvoerder beschikbaar moeten hebben.

Concessiehouders wilden de dossiers tijdig aan de AWBZ-uitvoerders overdragen, zodat deze tijdig de eerste voorschotten zouden kunnen betalen. Wel moest hierbij rekening worden gehouden met cliënten, die daarna nog overstapten van AWBZ-uitvoerder en goede cliëntvoorlichting.

6.2.6 Monitoring continuïteit zorgverlening

Concessiehouders zagen de representant als regievoerder bij de monitoring van de continuïteit van zorg in de regio. Wel zou deze afhankelijk worden van andere AWBZ-uitvoerders. Deze zouden een belangrijke bron van signalen: het berichtenverkeer, immers zelf afhandelen.

Concessiehouders verwachtten niet dat zij de monitoring van continuïteit in de AWBZ snel zou integreren met soortgelijke werkzaamheden bij Zvw-zorgaanbieders. De AWBZ en de Zvw verschillen hiervoor te sterk in de eisen die aan de uitvoering van de zorgplicht worden gesteld, maar ook in het contracteerproces en in de beschikbare informatie waarop voor early warning kan worden gestuurd. Er wordt intern wel samengewerkt; bijvoorbeeld bij de monitoring van zorgaanbieders GGZ die zowel AWBZ als Zvw zorg leveren.

6.2.7 Materiële controle en Bestrijding Misbruik en oneigenlijk gebruik

Een aantal concessiehouders verwachtte dat door een verschuiving van taken van zorgkantoor naar AWBZ-uitvoerders de materiële controle per zorgaanbieder meer versnipperd zou raken. Hierdoor zou het risico kunnen ontstaan dat de representant minder scherp en vertraagd op ernstige tekortkomingen van de zorgaanbieder zou reageren.

Concessiehouders waren optimistisch over de gevolgen van de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden voor hun interne organisatie van de materiële controle en de controle op misbruik en oneigenlijk gebruik van AWBZ-gelden. Voor zover zij de materiële controle en de controle op misbruik en oneigenlijk gebruik nog niet bundelden, is van de uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden een impuls uitgegaan bij veel concessiehouders om dit alsnog te overwegen. Hetzelfde geldt voor de bundeling van kennis en kunde van deze processen in het AWBZ-domein respectievelijk in de Zvw. Zij maken hier werk van, onafhankelijk van uitvoering van de AWBZ door AWBZ-verzekeraars voor eigen verzekerden.

Bijlage 1. Scores 2011 per concessiehouder per prestatie-indicator

	Wegings- factor	Totaal zorgkan- toren	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgkantoren			6	4	6	1	2	3	1	2	1	4	2
PI 1: Zorg in natura	4		4	8	4	4	8	8	4	8	8	8	8
PI 3: Klachtenbehandeling	3		3	6	6	-	6	3	-	6	6	6	3
PI 4: Contracteerproces	1		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
PI 10: Materiële controle	1		1	1	2	2	2	0	0	1	1	1	2
PI 11: Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik	1		1	1	1	2	2	1	0	1	1	1	2
Totaal (deel)score		165	11	18	15	10	20	14	6	18	18	18	17
Maximale score		208	20	20	20	14	20	20	14	20	20	20	20
Totaal (deel)score / maximale score:													
% score 2011		79%	55%	90%	75%	71%	100%	70%	43%	90%	90%	90%	85%
% score 2010		84%	63%	83%	83%	100%	100%	83%	71%	92%	75%	79%	92%

Bron: NZa
 Legenda: Bij de vijf 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 gescorde percentages/eindscores 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. Elke concessiehouder telt in dit overzicht even zwaar. De eindscores reflecteren uiteraard uitsluitend de vijf onderzochte PI's. Een totaal oordeel op basis van alle (twaalf) PI's wordt hier niet gegeven.

Bijlage 2. Overzicht van het totaal van schaden, bedrijfskosten en bedrijfslasten over 2011

Bedragen in € 1.000	Achmea	Agis	CZ	De Friesland	DSW	Menzis	Salland	Trias	Univé	VGZ	Zorg en zekerheid	Totaal
Totaal bedrijfsopbrengsten (a)	4.377.681	4.053.413	5.308.587	1.062.785	618.225	3.471.907	279.709	873.039	829.819	3.322.177	1.139.653	25.336.995
Totaal schaden AWBZ exclusief subsidies (b)	3.938.119	3.705.617	4.742.121	938.330	564.431	3.066.098	251.879	779.213	745.162	2.937.294	1.065.752	22.734.016
Totaalbedrag subsidies AWBZ (c)	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
Totaalbedrag schaden AWBZ inclusief subsidies (b+c)	4.356.330	4.029.911	5.275.771	1.056.771	612.418	3.451.233	276.467	867.006	824.325	3.304.571	1.131.578	25.186.381
Totaal beheerskosten (inclusief voorzieningen en afschrijvingen) (d)	30.623	22.723	34.368	8.048	5.847	22.004	3.407	6.575	6.726	19.159	7.630	167.110
Budgetresultaat beheerskosten	-/- 6.228	779	-/- 2.500	-/- 882	-/- 38	-/- 2.023	-/- 311	-/- 82	-/- 929	-/- 173	400	-/- 11.987
Percentage totaal beheerskosten/ totaal schaden AWBZ (d/(b+c))	0,7%	0,56%	0,65%	0,76%	0,95%	0,64%	1,23%	0,76%	0,82%	0,58%	0,67%	0,66%
Totaal bedrijfslasten (b+c+d)	4.386.953	4.052.634	5.310.139	1.064.819	618.265	3.473.237	279.874	873.581	831.051	3.323.730	1.139.208	25.353.491
Resultaat (a-(b+c+d))	-/- 9.272	779	-/- 1.552	-/- 2.034	-/- 40	-/- 1.330	-/- 165	-/- 542	-/- 1.232	-/- 1.553	445	-/- 16.496
Geconstateerde onrechtmatigheden	29	-	23	18	-	152	213	-	-	-	11	446
Geconstateerde onzekerheden	8.500	-	28	397	-	-	-	-	-	-	-	8.925

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 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
Kosten subsidieregelingen 2009	295.125	285.597	430.846	97.071	42.345	290.629	20.227	64.221	67.516	254.925	59.228	1.907.730
Kostenstijging 2011 t.o.v. 2010 in %	18%	3%	3%	10%	3%	12%	15%	9%	12%	14%	1%	9%
Kostenstijging 2010 t.o.v. 2009 in %	20%	10%	20%	11%	10%	18%	6%	25%	5%	26%	10%	18%
Vorderingen op budgeth. 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
Vorderingen op budgeth. pgb 2010	21.989	10.240 ³³	27.569	4.732	1.499	17.882	639	4.209	3.646	12.721	5.278	110.404
Mutatie vorderingen op budgethouders pgb 2011 t.o.v. 2010 in %	8%	116%	-/- 10%	8%	24%	10%	41%	-/- 13%	-/- 20%	-/- 28%	-/- 2%	8%
Aantal gem. budgethouders 2011	21.938	18.477	29.356	6.801	3.051	22.213	1.362	4.184	3.703	18.087	4.036	133.208
Kosten pgb per budgethouder 2011	19,1	17,6	18,2	17,4	15,7	17,3	18,1	21	21,4	20,3	16,3	18,4

Bron: NZa

³³ In dit bedrag is een vordering opgenomen van circa € 10.000.000 in verband met een voorziening pgb.