



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Toelichting

Prestatiemeting

AWBZ 2006



## Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Achtergrond prestatiemeting	5
1.2 Resultaatsgebieden	5
<b>2. Toepassing in de rapporten AWBZ 2006</b>	<b>9</b>
2.1 Berekening totaaloordeel	9
2.2 Toelichting wegingsfactoren	9
2.3 Totstandkoming totaaloordeel	12
2.4 Toelichting ranges totaaloordeel	12
<b>3. Berekening oordelen per resultaatgebied</b>	<b>15</b>
3.1 Resultaatsgebied Zorg	15
3.1.1 Indicator 1: Contracteerproces	15
3.1.2 Indicator 2: Toegankelijkheid zorg	16
3.1.3 Indicator 3: Kwaliteit zorgverlening & contract	16
3.1.4 Indicator 4: Monitoring continuïteit zorgverlening	17
3.1.5 Indicator 5: Persoonsgebonden budget (PGB)	18
3.2 Resultaatsgebied Kostenbeheersing	19
3.2.1 Indicator 6: Doelmatigheid	19
3.2.2 Indicator 7: Materiële controle	19
3.2.3 Indicator 8: Bestrijding M&O	20
3.2.4 Indicator 9: Bevoorschotten en afrekenen met instellingen	21
3.3 Resultaatsgebied Bedrijfsvoering en administratie	22
3.3.1 Indicator 10: Klachtenbehandeling	22
3.3.2 Indicator 11: Eigen bijdragen	22
3.3.3 Indicator 12: AO/IC en managementinformatie	23
3.4 Kwaliteit verantwoordingsinformatie	23
3.4.1 Indicator 13: Kwaliteit verantwoordingsinformatie	24
<b>BIJLAGE: NORMENKADER PRESTATIEMETING AWBZ 2006</b>	<b>25</b>



## 1. Inleiding

### 1.1 Achtergrond prestatiemeting

De rechtsvoorganger van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ)<sup>1</sup> heeft in 2004 een normenkader ontwikkeld voor de beoordeling van de prestaties van zorgkantoren op het gebied van de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

In 2005 kreeg dit een vervolg met de publicatie van de brochure *Toelichting prestatiemeting AWBZ 2004*. Hierin zijn twaalf indicatoren geïntroduceerd, verdeeld over vier resultaatgebieden. In 2006 is de brochure *Toelichting prestatiemeting AWBZ 2005* uitgebracht, waarin de ervaringen van de voorgaande prestatiemeting zijn verwerkt. Deze prestatiemeting is afgestemd met de zorgkantoren en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Thans ligt voor u de brochure *Toelichting prestatiemeting AWBZ 2006*, waarmee de NZa de lijn van de voorgaande jaren voortzet.

Met de uitkomsten van de prestatiemeting wil de NZa de zorgkantoren stimuleren om de AWBZ beter uit te voeren. Tevens wil de NZa zijn oordeel over het functioneren van de zorgkantoren hiermee transparanter maken en de van de zorgkantoren verlangde verbeteringen beter meetbaar maken.

Omdat de NZa over de individuele zorgkantoren rapporteert op het niveau van de concessiehouders, vindt de prestatiebeoordeling plaats per concessiehouder. Als een zorgkantoor van een concessiehouder afwijkend presteert van de overige zorgkantoren van dezelfde concessiehouder, wordt hiermee rekening gehouden bij de oordeelsvorming op basis van een gemiddelde score.

De NZa velt per concessiehouder een totaaloordeel over de uitvoering van de AWBZ in 2006. De prestatie-indicatoren zijn gebaseerd op de afspraken die gemaakt zijn in het *Convenant zorgkantoren 2006 - 2008* (Convenant). De zorgkantoren zijn via circulaire van de NZa en het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de *Regeling Administratie en Controle uitvoeringsorganen AWBZ*<sup>2</sup>, de *Handleiding uitvoeringsverslag zorgkantoren 2006* en de *Handleiding financiële verantwoording zorgkantoren 2006* vooraf over de verantwoordingseisen geïnformeerd.

### 1.2 Resultaatgebieden

Voor 2006 wordt de prestatiemeting gebaseerd op de volgende vier resultaatgebieden:

- zorg;
- kostenbeheersing;

---

<sup>1</sup> Na invoering van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) per 1 oktober 2006 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de taken overgenomen van het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ).

<sup>2</sup> Met ingang van 2007 is de Regeling Administratie en Controle uitvoeringsorganen AWBZ vervangen door de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars.

- bedrijfsvoering en administratie;
- kwaliteit van de verantwoordingsinformatie.

Het resultaatgebied *Zorg* staat centraal. Zorgkantoren dienen ervoor te zorgen dat de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor verzekerden gewaarborgd zijn. *Kostenbeheersing* is een noodzakelijke, nevensgeschikte doelstelling om de AWBZ betaalbaar te houden en om het draagvlak in de samenleving te bewaren om mee te betalen aan de kosten voor de AWBZ. Ook moet via de materiële controles worden vastgesteld of de verzekerde de zorg heeft gekregen waar hij recht op had.

Het resultaatgebied *Bedrijfsvoering en administratie* betreft vooral de interne processen van zorgkantoren en vormt een belangrijke randvoorwaarde om de taken op het gebied van zorg en kostenbeheersing goed uit te kunnen voeren.

De NZa baseert zijn oordelen in 2006 evenals in voorgaande jaren in belangrijke mate op de verantwoordingsinformatie van de zorgkantoren. In de prestatiemeting 2006 is de *kwaliteit van de verantwoordingsinformatie* daarom een relevant vierde resultaatgebied.

Bij alle resultaatgebieden neemt de NZa voor zover mogelijk ook de positie van de *verzekerde* mee. De positie van verzekerden is in de AWBZ extra van belang, omdat verzekerden niet kunnen overstappen naar een ander zorgkantoor als zij slechte ervaringen met hun huidige zorgkantoor hebben.

De NZa is bij het meten van de klanttevredenheid echter vooral afhankelijk van de informatie van de zorgkantoren en toetst daarom vooral op inspanningen van zorgkantoren die een gunstige invloed hebben op de klanttevredenheid. Het gaat hier om de indicatoren toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en persoonsgebonden budget (PGB) - resultaatgebied *Zorg* - en de indicatoren klachtenbehandeling en eigen bijdragen. Deze laatste behoren tot het resultaatgebied *Bedrijfsvoering en administratie*.

De prestatiemeting 2006 weegt de positie van de verzekerde zwaarder mee dan in 2005. Zo wordt voor de indicator eigen bijdragen - resultaatgebied *Bedrijfsvoering en administratie* - in 2006 meegewogen of verzekerden hierover voldoende geïnformeerd worden via de website of folders. Verder beoordeelt de NZa ook of de zorgkantoren heldere informatie verstrekken aan de verzekerden over de hoogte van de op te leggen en te innen eigen bijdragen. Voor de indicator PGB - resultaatgebied *Zorg* - zijn diverse specifieke consument gerelateerde beoordelingsitems opgenomen. In het onderdeel *kwaliteit - resultaatgebied Zorg* - worden verdergaande eisen gesteld aan de informatievoorziening aan de verzekerden over het zorgaanbod. In het onderdeel *contracteerproces - resultaatgebied Zorg* - wordt voor het eerst bezien in hoeverre de cliënten daadwerkelijk invloed uitoefenen op het zorginkoopproces van het zorgkantoor.

De resultaatgebieden en indicatoren zullen in de prestatiemetingen over 2007 en 2008 indien nodig worden aangepast. Twee factoren spelen hierbij een rol.

In de eerste plaats levert toepassing van een door de NZa te implementeren risicomodel voor de AWBZ mogelijk een heroverweging op van de toezichthoudende taken van de NZa op de zorgkantoren en dus ook van de inhoud van de prestatiemeting.

In de tweede plaats heeft de introductie van de zorgzwaartebekostiging in de intramurale AWBZ en de overgang van de vaststelling van de eigen bijdragen naar het CAK impact op het takenpakket van het zorgkantoor vanaf 2007.

Voor 2008 geldt dat wellicht nog sterker in verband met de overheveling van zorgkantoor taken, waarover de Minister van VWS in het najaar van 2006 aan de NZa een uitvoeringstoets heeft gevraagd.



## 2. Toepassing in de rapporten AWBZ 2006

### 2.1 Berekening totaaloordeel

Onderstaand overzicht geeft de indeling van de prestatiemeting AWBZ 2006 in resultaatsgebieden en prestatie-indicatoren. De wegingsfactoren geven aan hoe zwaar elk resultaatsgebied en elke prestatie-indicator meeweegt in het totaaloordeel over het functioneren van de concessiehouder. De NZa oordeelt en rapporteert ook per concessiehouder. De reden hiervoor is dat de uitvoering van de AWBZ-taken voor de verschillende zorgkantorregio's die onder één concessiehouder vallen voornamelijk centraal, dus op het niveau van die concessiehouder, plaatsvindt.

**Tabel 1: Overzicht prestatie-indicatoren**

Prestatie-indicatoren AWBZ 2006	Wegingsfactor voor totaaloordeel
<b>Zorg</b>	<b>36%</b>
Contracteerproces	2
Toegankelijkheid zorg	2
Kwaliteit zorgverlening & contract	1
Monitor continuïteit zorgverlening	2
PGB	2
<b>Kostenbeheersing</b>	<b>28%</b>
Doelmatigheid	2
Materiële controle	2
Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik	1
Bevoorschotten en afrekenen met instellingen	2
<b>Bedrijfsvoering en administratie</b>	<b>32%</b>
Klachtenbehandeling	3
Eigen bijdragen	3
Administratieve organisatie en interne controle en managementinformatie	2
<b>Kwaliteit verantwoordingsinformatie</b>	<b>4%</b>
Opvolging 2005, volledigheid en diepgang	1
<b>Totaal van de wegingsfactoren</b>	<b>25</b>

### 2.2 Toelichting wegingsfactoren

Evenals in de verantwoordingsjaren 2004 en 2005 speelt ook in 2006 het onderwerp van de zorginkoop een rol in het oordeel van de NZa over het functioneren van een zorgkantor. Hierbij houdt de NZa tevens rekening met de afspraken in het *Convenant zorgkantoren 2006-2008*.

De indicatoren van de resultaatsgebieden *Zorg en Kostenbeheersing* bepalen 64% - in 2005 was dit 52% - van het aantal punten dat de concessiehouder kan behalen bij de prestatiemeting. De stijging ten opzichte van 2005 komt vooral doordat in 2006 de indicator PGB en de indicator bevoorschotten en afrekenen met instellingen onder respectievelijk het deelgebied *Zorg* en het deelgebied *Kostenbeheersing* geplaatst zijn, terwijl deze indicatoren in 2005 onder het deelgebied *Bedrijfsvoering en administratie* vielen. De oordelen bij de indicatoren die onder de onderdelen *Bedrijfsvoering en administratie* en *Kwaliteit verantwoordingsinformatie* vallen, bepalen de overige 36%. In 2005 was dit 48%.

Het nakomen van de zorgplicht en het beheersen van de zorgkosten zijn de twee kerntaken van een zorgkantoor. Een goede inrichting van de bedrijfsvoering en administratie is een essentiële randvoorwaarde voor het goed kunnen uitvoeren van de taken op het gebied van zorg en kostenbeheersing. De kwaliteit van de verantwoordingsinformatie blijft van belang voor het afleggen van publieke verantwoording en het toezicht dat de NZa uitvoert. Het oordeel over de kwaliteit van de verantwoordingsinformatie weegt daarom ook in 2006 mee bij het totaaloordeel.

De volgende overwegingen spelen een rol in de toekenning van de wegingsfactoren. Als uitgangspunt geldt dat - onderdelen van - indicatoren die op de verbeterpunten uit het Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2005 betrekking hebben in het algemeen voor 2006 zwaarder meewegen:

### **1. Resultaatsgebied Zorg**

- De contractering van zorg vormt de basis voor de zorgkantoren om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Het vergroten van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorgverlening zijn taken die van invloed zijn op de klanttevredenheid. In 2005 en 2006 zijn bovengenoemde aspecten onderzocht bij het onderzoek *Zorginkoop zorgkantoren* en komen weer aan de orde bij het onderzoek *Zorginkoop zorgkantoren* in 2007. De weging is nagenoeg gelijk gebleven aan 2005; alleen de weging voor de kwaliteit van de zorgverlening is teruggebracht van twee naar één omdat de insteek van deze indicator alleen procedureel is.
- De monitoring van de continuïteit van de zorgverlening vormt een belangrijke taak voor het zorgkantoor bij het waarborgen van voldoende aanbod van AWBZ-zorgverlening. De NZa heeft bij het rechtmatigheidsonderzoek 2005 vastgesteld dat de monitoring verbeterd is ten opzichte van 2004. Wel moeten zorgkantoren in zijn algemeenheid meer inzicht verkrijgen in concernvorming en concernverhoudingen bij instellingen. De indicator bij dit onderwerp heeft de wegingsfactor twee in 2006 gekregen. In 2005 was de wegingsfactor drie.
- Het PGB is een instrument om in de AWBZ vraagsturing en zorg op maat te bereiken. Door een tijdige toekenning van het PGB kunnen zorgkantoren de tevredenheid van verzekerden vergroten. Verder zal de NZa bij de beoordeling over 2006 voor het eerst specifiek aandacht besteden aan de informatieverstrekking inzake PGB's door de zorgkantoren aan de verzekerden. De indicator PGB heeft net als voorgaand jaar de wegingsfactor twee gekregen.

### **2. Resultaatsgebied Kostenbeheersing**

- Er is in toenemende mate aandacht van de zorgkantoren voor de prijs, kwaliteit en productmixen van de zorgaanbieders. Meer aandacht van de concessiehouders voor de beoordeling van de zorgaanbieders op basis van hun relatieve prestaties is in het *Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2005* als verbeterpunt opgenomen. In 2006 heeft de NZa in de uitvoering van de AWBZ knelpunten geconstateerd en de Minister van VWS hierover gerapporteerd. Aan de ene kant is er een sterke toename van de indicaties en de noodzaak tot tijdige verlening van verzekerde zorg aan de geïndiceerden. Aan de andere kant is er de noodzaak tot beheersing van de collectieve lasten, waarin een doelmatig gebruik van de beschikbare middelen binnen de contracteerruimte van het zorgkantoor een cruciale rol speelt. Binnen de indicator doelmatigheid wordt via het onderdeel "optimale inzet van de

financiële contracteerruimte" getoetst in hoeverre het zorgkantoor een bestendig beleid voert met een doelmatig gebruik van de financiële middelen. Hierbij wordt aangesloten bij de door de Minister op 19 december 2006 goedgekeurde aanpak van de NZa voor de oplossing van knelpunten. Vanwege de bovengenoemde zaken en het meer door de NZa toetsen op resultaten heeft de NZa de weging van de indicator doelmatigheid verhoogd van één in 2005 naar twee in 2006.

- Materiële controle en de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O) liggen weliswaar in elkaars verlengde, maar zijn dit jaar uit elkaar getrokken. De bevindingen van het onderzoek naar materiële controle en die van het onderzoek naar M&O blijken elkaar namelijk zowel positief als negatief te beïnvloeden. Het hanteren van twee aparte indicatoren zorgt voor een duidelijker beeld van de afzonderlijke oordelen over materiële controles en M&O. De toetsing op daadwerkelijke en terechte levering van zorg biedt goede mogelijkheden tot kostenbeheersing, door de preventieve en corrigerende werking die daarvan uitgaat bij een doelgerichte toepassing. De uitkomsten van materiële controles kunnen een grond vormen voor specifiek onderzoek naar M&O. Gezien het genoemde verbeterpunt in het *Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2005* inzake het verbeteren van de risicoanalyse van de materiële controles heeft de indicator materiële controles de wegingsfactor twee gekregen en M&O één.
- De NZa heeft bij de rechtmatigheidsonderzoeken 2004 en 2005 geconstateerd dat zorgkantoren maatregelen moeten treffen om nacalculaties tijdiger af te wikkelen. Daarnaast is het van belang dat zorgkantoren zorgen voor een evenwicht tussen de bevoorschotting en de gerealiseerde productie door zorgaanbieders. Tijdige afwikkeling van de bevoorschotting vormt een belangrijke factor bij het beheersbaar houden van de gemaakte productieafspraken. Te ruime bevoorschotting kan bij financieel minder sterke zorginstellingen tot continuïteitsproblemen leiden bij terugvordering van het teveel betaalde voorschot. De zorgkantoren hebben in zijn algemeenheid in 2005 de bevoorschotting en afrekening met instellingen beter uitgevoerd dan in 2004. Daarom is de weging voor deze indicator verlaagd van drie in 2005 naar twee in 2006.

### **3. Resultaatsgebied Bedrijfsvoering en administratie**

- De indicatoren klachtenbehandeling en eigen bijdragen nemen in de prestatiemeting van 2006 een belangrijke plaats in. Dit is in lijn met de bevindingen van het *Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2005*. Uit het *Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2005* blijkt dat de kwaliteit van de klachtenbehandeling bij een aantal zorgkantoren beneden de maat was. Verzekerden kunnen in het huidige systeem niet switchen van zorgkantoor en veelal evenmin van zorgaanbieder. Het indienen van een klacht is derhalve vaak de enige mogelijkheid die een verzekerde heeft als hij ontevreden is. Vanwege dit consumentenbelang en de uitkomst van het onderzoek over 2005 heeft de NZa de weging van deze indicator gesteld voor 2006 op drie. In 2005 was de weging één. Een adequate oplegging en inning van eigen bijdragen door zorgkantoren is van groot belang voor de bekostiging van de AWBZ. Een tijdige en adequate oplegging van de eigen bijdragen heeft een positieve invloed op de tevredenheid van verzekerden over de service van het zorgkantoor. Uit het *Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2005* blijkt dat het eigen bijdrageproces bij een aantal zorgkantoren voor verbetering vatbaar is. De weging van deze indicator is daarom net als vorig jaar op drie gehouden.

- Een goede inrichting van de AO/IC vormt voor veel processen een essentiële randvoorwaarde voor een goede taakuitvoering. De wegingsfactor zal daarom net als vorig jaar gehandhaafd blijven op twee.

Bij een aantal prestatie-indicatoren zijn *randvoorwaarden* geformuleerd. Deze voorwaarden geven *minimale* eisen weer waaraan een zorgkantoor altijd moet voldoen, omdat dit aspecten betreft die essentieel zijn voor het goed functioneren van het betreffende proces. Als dat niet het geval is, worden bij de betreffende prestatie-indicatoren op de totaalscore punten in mindering gebracht.

### 2.3 Totstandkoming totaaloordeel

In de individuele rapporten neemt de NZa het oordeel *goed*, *voldoende* of *onvoldoende* per prestatie-indicator op. Het oordeel *goed* geeft de NZa over een indicator waarbij de score op 8 of hoger uitkomt. Het oordeel *voldoende* geeft de NZa bij een score vanaf 5,5 tot 8 punten en het oordeel *onvoldoende* bij een score lager dan 5,5.

De oordelen per indicator worden vertaald in 0, 1 of 2 punten die vervolgens meetellen in de totale prestatiemeting. Deze vertaling van oordeel naar punten luidt als volgt:

**Tabel 2: Overzicht totaaloordeel**

Score per indicator	Lengte	Punten
Goed	2,0	2
Voldoende	2,6	1
Onvoldoende	5,4	0

### 2.4 Toelichting ranges totaaloordeel

Door alle behaalde punten te vermenigvuldigen met de betreffende wegingsfactor en de uitkomst daarvan op te tellen wordt de totaalscore berekend. De wegingsfactoren variëren van 1 tot 3, afhankelijk van het belang van de betreffende prestatie-indicator.

De 13 wegingsfactoren leveren een totale weging van 25 op, daarom kunnen in totaal maximaal  $2 \times 25 = 50$  punten worden behaald.

Bij de totaalscore kunnen 5 ranges worden onderscheiden van *onvoldoende* tot *goed*:

**Tabel 3: Overzicht ranges totaaloordeel**

Range	Lengte	Totaaloordeel
0-17	17	Onvoldoende
18-23	6	Matig
24-32	9	Voldoende
33-41	9	Ruim voldoende
42-50	9	Goed

Een concessiehouder die voor alle 13 indicatoren een voldoende (1 punt) zou krijgen, zou in totaal 25 punten ( $25 \times 1$ ) behalen. Dit leidt tot het oordeel *voldoende*.

Hierbij wordt het volgende opgemerkt:

- de ondergrens voor het eindoordeel *matig* is gesteld op 70% van deze 25 punten en komt afgerond uit op 18 punten;
- de ondergrens voor het eindoordeel *voldoende* is gesteld op 95% van deze 25 punten en komt afgerond uit op 24 punten;
- de resterende intervallen zijn in gelijke mate verdeeld. De range van 24 - 50 bevat 27 mogelijke uitkomsten. Elke interval moet dus 9 (=  $27 : 3$ ) uitkomsten bevatten;
- de ondergrens voor het eindoordeel *ruim voldoende* komt dan uit op 33 punten;
- de ondergrens voor het eindoordeel *goed* komt dan uit op 42 punten.



### **3. Berekening oordelen per resultaatgebied**

Voor elk resultaatgebied in de prestatiemeting AWBZ 2006 berekent de NZa de score van de prestatie-indicatoren door punten aan de verschillende toetsingsaspecten toe te kennen. Per indicator kunnen zorgkantoren maximaal tien punten scoren. De weging van onderdelen binnen een indicator hangt onder meer samen met het relatieve belang van de verschillende onderdelen binnen een indicator, of er vorig jaar slecht of goed op gescoord is en of het een nieuwe indicator betreft. De volgende paragrafen beschrijven de totstandkoming van de oordelen per indicator.

In de bijlage van deze brochure is het normenkader voor de prestatiemeting in detail uitgewerkt. Hierbij zijn per prestatie-indicator en per toetsingsaspect de normering en de mogelijke antwoorden geformuleerd.

#### **3.1 Resultaatgebied Zorg**

Dit hoofdstuk gaat dieper in op de oordeelsvorming over het resultaatgebied Zorg. Het betreft de indicatoren: Contracteerproces, Toegankelijkheid zorg, Kwaliteit zorgverlening, Monitoring continuïteit zorgverlening en Persoonsgebonden Budget (PGB).

##### **3.1.1 Indicator 1: Contracteerproces**

In het Convenant is afgesproken dat zorgkantoren zorg inkopen volgens een door hen op te stellen contracteerbeleid. Ze moeten een transparant en toetsbaar beleid ontwikkelen, waarin bestaande en nieuwe aanbieders op gelijke manier worden behandeld. Hetzelfde dient te gelden jegens aanbieders die vergelijkbare producten aanbieden. Tevens dienen contracteerbeleid en inkoopprocedure tijdig bij de aanbieders bekend te zijn en moeten zorgkantoren de contractvoorwaarden hanteren.

De zorgkantoren moeten aangeven welk type inkoopprocedure zij hanteren en welke voorwaarden voor de contractering zij hierbij hanteren. Getoetst wordt tevens in hoeverre vraagsturing plaatsvindt op basis van informatie en ervaringen van cliënten.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 4: Overzicht toetsingsaspecten Contracteerproces**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
Contracteerproces	A. Invloed cliënten op zorginkoop en contracteerbeleid	2
	B. Tijdigheid contracteerbeleid	1
	C. Transparant contracteerbeleid	1
	D. Inkoopprocedure	1
	E. Toetsbaar contracteerbeleid	1
	F. Objectief en non discriminatoir contracteerbeleid in opzet/intentie	2
	G. Objectieve en non discriminatoire behandeling in uitvoering	2
	<b>Totaal</b>	<b>10</b>

Per toetsingsaspect kan een zorgkantoor minpunten (maximaal drie) krijgen indien het hier niet of op onvoldoende wijze invulling aan geeft.

### 3.1.2 Indicator 2: Toegankelijkheid zorg

Een belangrijk uitgangspunt van het Convenant is dat zorgkantoren een zodanig volume aan zorg inkopen dat iedereen binnen een redelijke termijn de benodigde zorg kan ontvangen, waarvoor een verzekerde geïndiceerd is.

De zorgkantoren moeten de zorgvraag ramen en op basis hiervan voldoende zorg inkopen. Voorts dienen zij de verzekerden zodanig en tijdig te informeren over het gecontracteerde aanbod, dat zij een overwogen keuze kunnen maken. De zorgkantoren dienen tevens afspraken te maken met de gecontracteerde zorgaanbieders over tijdige melding van te lange wachttijden en een optimaal gebruik van het (elektronisch) berichtenverkeer, zodat de zorgkantoren knelpunten in de zorgverlening kunnen voorkomen.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 5: Overzicht toetsingsaspecten Toegankelijkheid zorg**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
Toegankelijkheid	A. Wijze van informeren over het gecontracteerde zorgaanbod	2
	B. Ramen zorgvraag of -behoefte	2
	C. Zorgaanbieder neemt snel contact op met cliënt	2
	D. Terugmelding zorgaanbieder van wachtlijstcliënt aan zorgkantoor	2
	E. AZR	2
	<b>Totaal</b>	<b>10</b>

Per toetsingsaspect kan een zorgkantoor minpunten (maximaal drie) krijgen indien het hier niet of op onvoldoende wijze invulling aan geeft.

### 3.1.3 Indicator 3: Kwaliteit zorgverlening & contract

In het Convenant is afgesproken dat zorgkantoren bij het contracteren van zorg bevorderen dat zorgaanbieders tot kwaliteitsborging komen.

Het zorgkantoor maakt hiervoor met de zorgaanbieders afspraken over een traject dat moet uitmonden in de implementatie van een kwaliteitssysteem waaraan een externe toetsing is verbonden.

Tevens ziet het zorgkantoor erop toe dat de zorgaanbieder een cliëntenraadpleging organiseert. Het zorgkantoor dient verder de cliënten zo goed mogelijk te informeren over het gecontracteerde zorgaanbod, aanwezige kwaliteitsinformatie en mogelijke toegangstijden.

Voorts dient het zorgkantoor enkele specifieke aandachtspunten te hanteren. Zo dient het zorgkantoor tenminste een globaal beeld te hebben of, gezien de aard van de productie, het benodigde deskundigheidsniveau bij de zorgaanbieder aanwezig is. Verder beoordeelt het zorgkantoor bij voorkeur of de zorgaanbieder het zorgplan inzet bij de zorgverlening.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 6: Overzicht toetsingsaspecten Kwaliteit**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
Kwaliteit	A. Informatie over het gecontracteerde zorgaanbod	2
	B. Wettelijke kwaliteitseisen in contracteercriteria	2
	C. Geschiktheideisen en gunningvoorwaarden: kwaliteitssysteem	2
	D. Algemene gunningvoorwaarden: cliëntenraadpleging	2
	E. Zorgplan	1
	F. Aandacht voor deskundigheid zorgverleners	1

Per toetsingsaspect kan het zorgkantoor minpunten (maximaal drie) krijgen indien het hier niet of onvoldoende invulling aan geeft.

#### 3.1.4 Indicator 4: Monitoring continuïteit zorgverlening

Vanuit de wettelijk geregelde zorgplicht moeten zorgkantoren alert zijn op situaties die risicovol zijn voor de continuïteit van de zorgverlening aan de verzekerden en moeten zij bij zulke situaties tijdig actie ondernemen. Van dergelijke situaties kan sprake zijn als zorginstellingen in financiële problemen dreigen te komen en er weinig alternatieven voor het gecontracteerde zorgaanbod bestaan. In het Convenant is afgesproken dat zorgkantoren de financiële positie van de gecontracteerde zorginstellingen gaan volgen.

Zorgkantoren moeten op structurele wijze informatie verzamelen over het financiële en organisatorische reilen en zeilen van gecontracteerde zorginstellingen. Ze doen dit zoveel mogelijk op basis van reguliere informatie van de zorgaanbieders, zoals maandelijkse productiecijfers, gegevens nacalculatie, informatie uit AZR en jaarrekeningen, en met toepassing van risicoanalyse. Als uit deze gegevens blijkt dat bij een zorginstelling sprake is van een verhoogd risico op discontinuïteit, wordt de instelling geïnformeerd en vraagt het zorgkantoor aanvullende informatie op. Indien de beoordeling daar aanleiding toe geeft, onderneemt het zorgkantoor verdere actie.

De circulaire CVZ 03/28 *Toetsing financiële situatie zorginstellingen door early warning* biedt de zorgkantoren een leidraad om de continuïteit van de zorgverlening te monitoren.

De monitoring van zorginstellingen is ook van belang voor het bewaken van de bevoorschotting. Terugvorderingsacties wegens te ruime

bevoorschotting kunnen bij financieel minder sterke zorginstellingen continuïteitsproblemen veroorzaken.

De circulaire CVZ 04/70 *Bevoorschotting instellingen AWBZ* en CVZ 05/30 *Bijstelling maandelijkse bevoorschotting* gaan hier nader op in.

Zorgkantoren moeten voldoende inzicht hebben in de bedrijfsstructuur van gecontracteerde zorgaanbieders om vast te stellen of er voldoende - financiële - garanties bestaan voor de continuïteit van de zorgverlening en of een adequate scheiding bestaat tussen AWBZ middelen en niet-AWBZ middelen. Verder dienen de zorgkantoren inzicht te verkrijgen in hoeveel zorg de door hun gecontracteerde instellingen uitbesteden aan andere toegelaten of niet-toegelaten instellingen of zelfstandigen zonder personeel.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 7: Overzicht toetsingsaspecten Monitoring**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
Monitoring	A. Vastleggen in overeenkomsten	0,5
	B. EWS op basis van jaarrekeningen	2
	C. Extra monitoren van instellingen	3
	D. Bewaking bevoorschotting nieuwe instellingen	2
	E. Concernvorming, concernverhoudingen en uitbestedingsconstructies	2,5
	<b>Totaal</b>	<b>10</b>

### 3.1.5 Indicator 5: Persoonsgebonden budget (PGB)

Zorgkantoren moeten zorgdragen voor een juiste uitvoering van het PGB. Een goede informatieverstrekking aan verzekerden, de juistheid van de vaststelling van de hoogte van PGB's, de tijdigheid van toekenning PGB's aan verzekerden en een tijdige uitvoering van de globale en intensieve controles op de besteding van PGB's zijn hierbij van belang.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 8: Overzicht toetsingsaspecten PGB**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
PGB	A. Consumentgerichtheid van de PGB processen	2,5
	B. Juistheid van vaststelling	3
	C. Tijdigheid van toekenning	2
	D. Globale en intensieve controles	<b>2,5</b>
	— Globale controles	1
	— Intensieve controles	1,5
	E. Randvoorwaarde	0
<b>Totaal</b>	<b>10</b>	

#### *Randvoorwaarde*

Voor deze prestatie-indicator geldt één randvoorwaarde: zorgkantoren moet alle globale en intensieve controles over voorgaande kalenderjaren

in het verslagjaar 2006 geheel hebben afgerond. Als aan deze randvoorwaarde niet wordt voldaan, worden twee punten in mindering gebracht.

## 3.2 Resultaatsgebied Kostenbeheersing

In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de oordeelsvorming over het resultaatgebied Kostenbeheersing. Het betreft de indicatoren: Doelmatigheid, Materiële controle, Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O) en Bevoorschotten en afrekenen met instellingen.

### 3.2.1 Indicator 6: Doelmatigheid

Het Convenant streeft er onder meer naar dat de zorgkantoren en zorgaanbieders een doelmatig zorgaanbod realiseren, dat aansluit op de vraag van de cliënten; niet meer en niet minder. Aldus kunnen meer cliënten op een adequate manier worden geholpen. In dat kader moeten zij afspraken maken over het geleverde assortiment zorgprestaties en de prijs/kwaliteitsverhouding, teneinde zo doelmatig mogelijk in de zorgvraag te voorzien. Aanbieders komen met voorstellen hoe ze dit willen aanpakken en welke resultaten ze daarmee beogen, daartoe geprikkeld door de zorgkantoren.

Zorgkantoren spannen zich in om binnen de beschikbare contracteerruimte tot doelmatigheidswinst te komen, en zorgen ervoor dat niet benutte productieafspraken elders kunnen worden ingezet, zo niet binnen de eigen regio, dan daarbuiten.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 9: Overzicht toetsingsaspecten Doelmatigheid**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
Doelmatigheid	A. Binnen financiële contracteerruimte afspraken maken	1
	B. Optimale inzet van de financiële contracteerruimte	2
	C. Doelmatigheidscriteria in de algemene gunningvoorwaarden	1
	D. Besparingen door kortingen op maximumtarief V&V en GHZ	2
	E. Besparingen door sturen op productmixen	2
	F. Deel van de productie gunnen op basis van relatieve prestaties	2
	<b>Totaal</b>	<b>10</b>

Per toetsingsaspect kan het zorgkantoor minpunten (maximaal drie) krijgen indien het hier niet of onvoldoende invulling aan geeft.

### 3.2.2 Indicator 7: Materiële controle

Zorgkantoren voeren controles uit conform de *Regeling Administratie en Controle uitvoeringsorganen AWBZ*<sup>3</sup> en verbinden hier zonedig consequenties aan.

Materiële controles zijn gericht op de daadwerkelijke en terechte levering van zorg en hebben een relatie met de uitvoering van het beleid voor de

<sup>3</sup> Met ingang van 2007 is de Regeling Administratie en Controle uitvoeringsorganen AWBZ vervangen door de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars.

bestrijding van M&O in de AWBZ. Materiële controle en de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O) liggen weliswaar in elkaars verlengde, maar zijn dit jaar uit elkaar getrokken omdat de bevindingen van het onderzoek naar materiële controle en de bevindingen van het onderzoek naar M&O elkaar wederzijds (zowel positief als negatief) beïnvloeden. Hierdoor ontstaat er geen duidelijk beeld van de afzonderlijke oordelen over materiële controles en M&O. Evenals in 2005 ligt de nadruk op de daadwerkelijke uitvoering van het opgezette beleid in de vorm van onderzoeken en vervolgacties.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 10: Overzicht toetsingsaspecten Materiële controle**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
Materiële controle	A. Aanpak	2
	B. Organisatie	1,5
	C. Uitvoering materiële controles	6,5
	D. Randvoorwaarden	0
	<b>Totaal</b>	<b>10</b>

#### *Randvoorwaarden*

Voor deze prestatie-indicator gelden twee randvoorwaarden: een zorgkantoor moet in zijn beleidsplan aangeven hoe het omgaat met geconstateerde onregelmatigheden en welke vervolgacties het uitvoert bij geconstateerde onregelmatigheden.

Tevens moet het management geïnformeerd worden over de inspanningen, resultaten en vervolgacties van de materiële controles. Als aan de eerste randvoorwaarde niet wordt voldaan, kunnen er maximaal twee punten in mindering worden gebracht. Wordt aan de tweede randvoorwaarde niet voldaan, kunnen eveneens maximaal twee punten in mindering gebracht worden.

### **3.2.3 Indicator 8: Bestrijding M&O**

Zorgkantoren moeten een actueel plan van aanpak en een adequate organisatie hebben, die gericht is op de bestrijding van M&O in de AWBZ. Voor de uitvoering van het M&O-beleid zijn een goede risicoanalyse, de afhandeling van signalen en het geven van goede voorlichting aan medewerkers van belang.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 11: Overzicht toetsingsaspecten Bestrijding M&O**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
Bestrijding M&O	A. Aanpak	3
	B. Organisatie	2
	C. Uitvoering M&O-onderzoeken en –analyses	5
	D. Randvoorwaarden	0
	<b>Totaal</b>	<b>10</b>

#### *Randvoorwaarden*

Voor deze prestatie-indicator gelden twee randvoorwaarden: Een zorgkantoor moet bij fraude-onderzoeken geconstateerde onregelmatigheden of M&O, de fraudecoördinator inschakelen en overgaan tot terugvordering. Bij geconstateerd M&O moet een zorgkantoor structureel de volgende acties ondernemen: melding aan het fraudeloket bij het Verbond van Verzekeraars, aangifte doen bij de politie/OM, registratie in het Externe Verwijs Register (EVR). Tevens moet er een goede interne registratie zijn van fraudezaken en moet het management voldoende geïnformeerd worden over de fraudesignalen, onderzoeken, resultaten en vervolgacties. Als aan de eerste randvoorwaarde niet wordt voldaan, kan er maximaal één punt in mindering worden gebracht. Wordt aan de tweede randvoorwaarde niet voldaan, kunnen maximaal twee punten in mindering gebracht worden.

#### **3.2.4 Indicator 9: Bevoorschotten en afrekenen met instellingen**

Zorgkantoren moeten de maandelijkse bevoorschotting van zorgaanbieders aanpassen aan de gerealiseerde productie, waarbij een bandbreedte van maximaal 10% gehanteerd kan worden. Dit is nader uitgewerkt in de circulaire CVZ 05/30 *Bijstelling maandelijkse bevoorschotting*.

De afspraken over de aanpassing van de bevoorschotting moeten de zorgkantoren opnemen in de overeenkomsten die zij voor 2007 afsluiten.

Zorgkantoren moeten over adequate procedures beschikken om tijdig alle nacalculatiegegevens van de zorgaanbieders te ontvangen en moeten zorgdragen voor een tijdige indiening van de nacalculatieformulieren bij de NZa.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 12: Overzicht toetsingsaspecten Bevoorschotten**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
Bevoorschotten	<b>A. Bevoorschotting</b>	<b>4</b>
	— Opnemen afspraken in overeenkomsten	0,5
	— Aanpassing bevoorschotting aan gerealiseerde productie	3,5
	<b>B. Nacalculaties</b>	<b>6</b>
	— Adequate procedure voor tijdig ontvangen nacalculatiegegevens	2
	— Adequate procedure voor tijdige verwerking nacalculatiegegevens	1
	— Tijdige indiening nacalculatieformulieren	3
	<b>Totaal</b>	<b>10</b>

### 3.3 Resultaatsgebied Bedrijfsvoering en administratie

Deze paragraaf behandelt de oordeelsvorming over het resultaatgebied Bedrijfsvoering en administratie. Het betreft de indicatoren Klachtenbehandeling, Eigen bijdragen en Administratieve organisatie en interne controle (AO/IC) en managementinformatie.

#### 3.3.1 Indicator 10: Klachtenbehandeling

Een goede klachtenbehandeling is voor consumenten essentieel. Het indienen van een klacht is immers één van de weinige mogelijkheden die consumenten hebben om verbeteringen te bewerkstelligen, omdat zij geen ander zorgkantoor en in bepaalde situaties geen andere zorgaanbieder kunnen kiezen.

In elk geval moet het zorgkantoor voldoen aan de wettelijke vereisten van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Voorts is de klantvriendelijkheid van belang en is het gewenst dat klachten, waar nodig, leiden tot aanpassing van werkwijzen en procedures.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 13: Overzicht toetsingsaspecten Klachtenbehandeling**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
Klachten	A. Inhoudelijke kwaliteit en overige wettelijke vereisten (Awb)	6
	B. Klantvriendelijkheid, voorlichting en verbetermanagement	4
	<b>Totaal</b>	<b>10</b>

#### 3.3.2 Indicator 11: Eigen bijdragen

Zorgkantoren voeren de eigen bijdrageregeling uit voor zorg met verblijf. Zij moeten hierbij aandacht besteden aan het tijdig opleggen van de eigen bijdragen, het intern waarborgen van de juistheid en volledigheid van de op te leggen en opgelegde eigen bijdragen en het voeren van adequate inningsprocedures. Verder weegt de NZa dit jaar voor het eerst de kwaliteit van de informatieverstrekking aan de verzekerde inzake eigen bijdragen mee.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 14: Overzicht toetsingsaspecten Eigen bijdragen**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
Eigen bijdragen	A. Informatieverstrekking aan verzekerde	2
	B. Juistheid oplegging	2
	C. Tijdigheid oplegging	3
	D. Volledigheid oplegging	1
	E. Volledigheid inning	2
	<b>Totaal</b>	<b>10</b>

### 3.3.3 Indicator 12: AO/IC en managementinformatie

De doelstelling van de prestatie-indicator AO/IC is het meten van de kwaliteit van de administratieve organisatie inclusief het stelsel van interne controle. Een goede AO/IC vormt een voorwaarde voor een adequate interne en externe verantwoording over de uitvoering van de wettelijke taken en over de rechtmatigheid van de daarmee samenhangende geldstromen. Hierbij speelt de betrouwbaarheid en continuïteit van de geautomatiseerde gegevensverwerking een belangrijke rol. Zorgkantoren moeten verder zorgdragen voor toereikende documentatie, autorisaties, functiescheiding, procedures en controles. Zorgkantoren moeten tevens waarborgen dat zij wijzigingen in de geldende wet- en regelgeving juist en volledig in de systemen implementeren en dat er kwalitatief goede managementinformatie beschikbaar is.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 15: Overzicht toetsingsaspecten AO/IC en managementinformatie**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
AO/IC en managementinformatie	<b>A. Kwaliteit administratie en controlestructuur</b>	<b>4</b>
	— Robuustheid AO/IC	1
	— Volledige en actuele beschrijving opzet AO/IC	1
	— Voldoende controlemaatregelen zijn opgenomen in de processen	1
	— Transparantie vastlegging uitgevoerde controles	1
	<b>B. Implementatie wet- en regelgeving</b>	<b>1</b>
	— Verwerking van - wijzigingen in - de wet- en regelgeving	1
	<b>C. Kwaliteit informatievoorziening</b>	<b>2</b>
	— Kwaliteit (management)informatievoorziening	2
	<b>D. Kwaliteit automatisering</b>	<b>3</b>
— Maatregelen voor beschikbaarheid en continuïteit	1,5	
— Maatregelen voor toegangsbeveiliging en betrouwbaarheid	1,5	
<b>Totaal</b>	<b>10</b>	

## 3.4 Kwaliteit verantwoordingsinformatie

De doelstelling van deze prestatie-indicator is het waarderen van de mate waarin de concessiehouder zich per zorgkantoor verantwoordt over de hem opgedragen taken in het uitvoeringsverslag, de financiële verantwoording en de bestuurlijke verantwoording.

### 3.4.1 Indicator 13: Kwaliteit verantwoordingsinformatie

Om de kwaliteit van de verantwoordingsinformatie vast te stellen, onderzoekt de NZa in welke mate het uitvoeringsverslag, de financiële verantwoording en de bestuurlijke verantwoording voldoen aan de in de wet- en regelgeving gestelde eisen.

Daarnaast onderzoekt de NZa of de zorgkantoren zich voldoende verantwoord hebben over de gevraagde verbeterpunten in de NZa rapporten over 2005.

Het oordeel is bepaald op basis van de onderstaande puntentelling:

**Tabel 16: Overzicht toetsingsaspecten verantwoordingsinformatie**

Toetsingsaspect		Maximum aantal punten
Verantwoordings- informatie	<b>A. Verantwoording follow-up 2005</b>	<b>2</b>
	<b>B. Kwaliteit van het uitvoeringsverslag</b>	<b>4</b>
	— Volledigheid kengetallen en prestatie-indicatoren	2
	— Volledigheid behandelde onderwerpen	2
	<b>C. Kwaliteit van de financiële verantwoording</b>	<b>4</b>
	— Diepgang bestuurlijke verantwoording	2
— Volledigheid financiële verantwoording	2	
	<b>D. Randvoorwaarden</b>	<b>0</b>
	<b>Totaal</b>	<b>10</b>

#### *Randvoorwaarden*

Voor deze prestatie-indicator gelden twee randvoorwaarden. De bestuursverklaring bij het uitvoeringsverslag moet ondertekend zijn. Daarnaast moeten alle verantwoordingsdocumenten uiterlijk 1 juli 2007 door de NZa zijn ontvangen.

Als aan de eerste randvoorwaarde niet wordt voldaan, wordt één punt in mindering gebracht. Voldoet het zorgkantoor niet aan de tweede randvoorwaarde, dan worden vijf punten in mindering gebracht.

## **BIJLAGE: NORMENKADER PRESTATIEMETING AWBZ 2006**



## NR 1: CONTRACTEERPROCES

<p><b>A. Invloed cliënten op zorginkoop en contracteerbeleid</b></p> <p><i>Zorgkantoren kunnen zelf formuleren wat vraaggestuurde zorg is. Het is echter wenselijk om dit in samenspraak met cliënten te bedenken. Alleen cliënten, ervaringsdeskundigen zelf, kunnen aangeven waar de accenten voor vraagsturing moeten liggen. Zorgkantoren kunnen:</i></p> <p><i>a) overleggen/raadplegen van de RPCP's/Zorgbelang;</i>  <i>b) op een andere wijze dan a) informatie verzamelen over de wensen van cliënten;</i>  <i>c) de uitkomsten van a) en/of b) aantoonbaar implementeren in het inkoopbeleid.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder voert a en c uit.          #. De concessiehouder voert a en b uit.          #. De concessiehouder voert alleen a of b uit.          #. Al het andere.</p>
<p><b>B. Tijdigheid contracteerbeleid</b></p> <p><i>Het is van belang dat een zorgkantoor de procedure en het contracteerbeleid heeft vastgelegd en tijdig kenbaar heeft gemaakt aan de intra- en extramurale zorgaanbieders. Ook is belangrijk dat het zorgdraagt voor een tijdige indiening van de offertes, conform de afspraken die in de kring van zorgkantoren gemaakt zijn. Met procedure wordt bedoeld: een document met daarin de diverse stappen van het contracteerproces en de daarbij behorende tijdsplanning. Met contracteerbeleid wordt bedoeld: een document met daarin in elk geval een toelichting op de contracteercriteria die worden gehanteerd.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder heeft voor 1 november 2006 de procedure en het contracteerbeleid 2007 bekend gemaakt, en hanteert 4 december 2006 als einddatum voor de indiening van offertes.          #. De concessiehouder heeft één of beide bovengenoemde data met maximaal twee weken overschreden.          #. De concessiehouder heeft één of beide bovengenoemde data met meer dan twee weken overschreden, of heeft de procedure of het contracteerbeleid in het geheel niet vastgelegd en kenbaar gemaakt.</p>
<p><b>C. Transparant contracteerbeleid</b></p> <p><i>Het is van belang dat toegelaten instellingen die extramurale zorg verlenen in de gelegenheid worden gesteld om een offerte in te dienen zodat elke toegelaten instelling een gelijke kans heeft op een overeenkomst. Dit betekent dat elke toegelaten instelling de mogelijkheid moet hebben om de procedure en het contracteerbeleid op een relatief eenvoudige wijze tot zich te nemen, ook indien men statutair is gevestigd in een andere regio dan de regio van het zorgkantoor.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder heeft zijn procedure en het contracteerbeleid 2007 zodanig bekend gemaakt dat deze gemakkelijk toegankelijk zijn voor alle geïnteresseerde instellingen die beschikken over een toelating, bijvoorbeeld via een website.          #. Al het andere.</p>
<p><b>D. Inkoopprocedure</b></p> <p><i>Het zorgkantoor vermeldt voor het jaar 2007 duidelijk welk type inkoopprocedure het hanteert voor de inkoop van extramurale zorg. Zonodig heeft het zorgkantoor per type zorg aangegeven welke procedure, bijvoorbeeld het besluit aanbestedingsregels overheidsopdrachten onderscheidt meerdere typen procedures,</i></p>

<p>wordt gevolgd.</p> <p><b>Normering:</b> #. De concessiehouder vermeldt duidelijk het type inkoopprocedure. #. Al het andere.</p>
<p><b>E. Toetsbaar contracteerbeleid</b></p> <p><i>Zorgkantoren moeten, ongeacht voor welke inkoopprocedure onder D is gekozen, duidelijke, objectieve inkoopcriteria - het betreft meestal geschiktheidseisen, algemene gunningvoorwaarden en -criteria - opnemen in hun contracteerbeleid 2007 zodat de aanbieders weten wat zorgkantoren belangrijk vinden. Daarmee kunnen zij hun kansen op een overeenkomst en een productieafspraken kunnen beoordelen. Een zorgkantoor gaat slechts een overeenkomst aan met aanbieders van extramurale zorg die aan de eenduidig geformuleerde inkoopvoorwaarden voldoen.</i></p> <p><b>Normering:</b> #. De concessiehouder beschrijft duidelijk in zijn contracteerbeleid 2007 de geschiktheidseisen waaraan moet zijn voldaan alvorens men een overeenkomst aangaat met een extramurale aanbieder en de algemene gunningvoorwaarden of -criteria die van invloed zijn op de productieafspraken met extramurale of intramurale aanbieders. #. De concessiehouder beschrijft op één enkel punt, of op enkele mineure punten, onduidelijk in zijn contracteerbeleid 2007 de geschiktheidseisen waaraan moet zijn voldaan alvorens hij een overeenkomst aangaat met een extramurale aanbieder en de algemene gunningvoorwaarden of -criteria die van invloed zijn op de productieafspraken met extramurale of intramurale aanbieders. #. De concessiehouder beschrijft op meer punten onduidelijk wat van aanbieders wordt verwacht. De eisen zijn multi-interpretabel, zeer open geformuleerd of onduidelijk is hoe de eisen worden gewaardeerd of meegewogen. Het contracteerbeleid is vergeleken met de wijze waarop andere zorgkantoren hun beleid hebben omschreven beduidend minder helder omschreven. #. Er is geen contracteerbeleid.</p>
<p><b>F. Objectief en non discriminatoire contracteerbeleid in opzet/intentie</b></p> <p><i>Bestaande en nieuwe aanbieders moeten op een gelijke, objectieve manier worden behandeld bij het aangaan van een overeenkomst en een productieafspraken. Ook moeten zorgaanbieders die vergelijkbare producten aanbieden op een gelijke wijze worden behandeld bij het aangaan van een overeenkomst en productieafspraken.</i></p> <p><b>Normering:</b> #. Uit het contracteerbeleid blijkt niet dat zorgaanbieders ongelijk worden behandeld. #. Al het andere.</p>
<p><b>G. Objectieve en non discriminatoire behandeling in uitvoering</b></p> <p><i>Zorgkantoren moeten, ongeacht voor welke inkoopprocedure onder D is gekozen, bestaande en nieuwe aanbieders op een gelijke, objectieve manier behandelen bij het aangaan van een overeenkomst en een productieafspraken. Een objectieve inkoop wordt onder meer ondersteund door een lijst, bestand of andere documentatie waarin per zorgaanbieder de mate is beschreven waarin deze aanbieder aan de eenduidig geformuleerde inkoopvoorwaarden heeft voldaan en hoe zwaar de inkopende partij dit heeft meegewogen. Tevens kan de NZa signalen uit het veld krijgen en deze betrekken bij de beoordeling van dit punt.</i></p> <p><b>Normering:</b> #. De concessiehouder beschikt over documentatie waarin per zorgaanbieder/offerte de mate beschreven staat waarin deze voldoet aan de contracteervereisten voor het jaar 2007. Er zijn geen gegronde signalen dat de concessiehouder op een niet</p>

objectieve wijze inkoop en productie gunt aan zorgaanbieders.  
#. De concessiehouder beschikt over de hierboven beschreven documentatie maar desondanks blijkt uit de praktijk dat de concessiehouder op een niet objectieve wijze inkoop of productie gunt.  
#. Al het andere.



## NR 2: TOEGANKELIJKHEID ZORG

<p><b>A. Wijze van informeren over het gecontracteerde zorgaanbod</b></p> <p><i>In het convenant is afgesproken dat zorgkantoren verzekerden zodanig en tijdig informeren over het gecontracteerde zorgaanbod, dat verzekerden een afweging en een keuze kunnen maken. Het zorgkantoor stelt aan cliënten die zorg behoeven een lijst beschikbaar met de namen van het gecontracteerde zorgaanbod. Het zorgkantoor informeert de cliënten</i></p> <p><i>a) op een actieve manier door het plaatsen van informatie op een internetsite, of ander gemakkelijk toegankelijk medium;</i></p> <p><i>b) op een actieve manier door het verstrekken van folders op plaatsen waar cliënten komen bijvoorbeeld in ziekenhuizen, via huisartsen, MEE of CIZ;</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder voert a en b uit.</p> <p>#. De concessiehouder voert a of b uit.</p> <p>#. Al het andere.</p>
<p><b>B. Ramen zorgvraag of -behoefte</b></p> <p><i>Zorgkantoren met aanbieders van jeugdzorg in hun werkgebied moeten zich inspannen om de benodigde zorg - volume en aard - in kaart te brengen. Uit meer berichten blijkt dat er problemen zijn in de jeugdzorg. Zo bestaat er een groot risico dat zorgkantoren onvoldoende zorg inkopen voor licht verstandelijk gehandicapten of jeugdigen met gedragsproblemen.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder heeft serieus onderzoek uitgevoerd naar de wachttijden/lijsten naar tenminste één van de jaren 2005 t/m 2007 en de benodigde productie die voor het jaar 2007 moet worden ingekocht voor jeugdzorg ten behoeve van licht verstandelijk gehandicapten en GGZ-jeugd. Dit blijkt ook uit documentatie waaruit blijkt dat men het probleem grondig geïnventariseerd heeft in zijn regio('s).</p> <p>#. De concessiehouder heeft hier enige aandacht voor, maar een goede probleem/wachttijd inventarisatie ontbreekt of kent vele gebreken.</p> <p>#. Al het andere.</p>
<p><b>C. Zorgaanbieder neemt snel contact op met cliënt</b></p> <p><i>Het is van belang dat het zorgkantoor met zorgaanbieders een termijn afspreekt waarbinnen de zorgaanbieder contact opneemt met de cliënt die hem als voorkeursaanbieder heeft aangegeven. Indien een dergelijke afspraak is gemaakt, is van belang dat het zorgkantoor de naleving hiervan controleert.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder heeft afspraken gemaakt met alle zorgaanbieders over de termijn waarbinnen de instelling contact opneemt met een cliënt die hem als voorkeursinstelling heeft aangegeven blijkens overeenkomst, contracteerbeleid of andere documentatie en controleert dit in ieder geval steekproefsgewijs.</p> <p>#. De concessiehouder heeft weliswaar met de zorgaanbieders afspraken gemaakt maar controleert de nakoming ervan niet.</p> <p>#. Al het andere.</p>
<p><b>D. Terugmelding zorgaanbieder van wachtlijstcliënt aan zorgkantoor</b></p> <p><i>Cliënten moeten binnen de Treeknormen door de zorgaanbieder in zorg zijn genomen. Indien dit niet mogelijk is, bijvoorbeeld in geval van een cliëntenstop, moet de zorgaanbieder dit melden bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor moet vervolgens op zoek naar een alternatief. Om een dergelijke procedure goed te laten verlopen in de regio, moeten zorgkantoren hierover afspraken maken met zorgaanbieders en deze expliciet maken in de overeenkomst (2007). Tevens moet het zorgkantoor controleren of</i></p>

*zorgaanbieders zich aan deze afspraken houden.*

**Normering:**

#. De concessiehouder heeft afspraken gemaakt in de overeenkomst met de zorgaanbieder, om zo spoedig mogelijk de cliënten bij het zorgkantoor terug te melden die de zorgaanbieder niet binnen zes weken/Treeknorm in zorg kan nemen. De concessiehouder controleert hierbij actief de naleving van deze afspraken of uit documentatie blijkt dat hij bij signalen direct de betrokken instelling(en) aanspreekt op hun onverantwoorde gedrag.

#. Indien AZR goed functioneert, zorgaanbieders tijdig Maz doorgeven en het zorgkantoor op basis van AZR na 6 weken/Treeknorm actie onderneemt, levert dit eveneens de maximale score op.

#. De concessiehouder heeft weliswaar met de zorgaanbieders afspraken gemaakt maar controleert de nakoming ervan niet.

#. Al het andere.

**E. AZR**

*Zorgkantoren moeten de cliënten in beeld hebben die onaanvaardbaar lang (dreigen) te wachten en actie ondernemen zowel naar aanbieders als naar cliënten. De AZR kan hen hierbij helpen, indien de zorgaanbieder tijdig de juiste AZR-berichten verzendt. Hierover moet het zorgkantoor afspraken maken en de naleving hiervan controleren.*

*a) Het zorgkantoor neemt in de overeenkomst (2007) met de zorgaanbieder afspraken op over een tijdige verzending van de meldingen aanvang-, mutatie- en beëindiging zorgverlening.*

*b) Het zorgkantoor controleert de naleving van de afspraken en kan een lijst overleggen van de medewerking van de zorgaanbieders in 2006 of 2007 aan AZR.*

**Normering:**

#. De concessiehouder voert a en b uit.

#. De concessiehouder voert a uit.

#. Al het andere.

## NR 3: KWALITEIT ZORGVERLENING & CONTRACT

<p><b>A. Informatie over het gecontracteerde zorgaanbod</b></p> <p><i>In het convenant is afgesproken dat zorgkantoren verzekeren zodanig en tijdig informeren over het gecontracteerde zorgaanbod, dat verzekeren een afweging en een keuze kunnen maken. Het zorgkantoor informeert de cliënten op actieve wijze over:</i></p> <p><i>a) de gecontracteerde zorgaanbieders, hun locaties en hun doelgroepen of zorgaanbod zodat de cliënten zich een beeld kunnen vormen van de mogelijkheden;</i></p> <p><i>b) de wachttijden bij de gecontracteerde zorgaanbieders;</i></p> <p><i>c) meer specifieke gegevens van individuele zorgaanbieders, ter ondersteuning van de keuze van de cliënt voor een bepaalde zorgaanbieder. Het betreft informatie over bijvoorbeeld de stand van zaken rond de kwaliteitscertificering van de zorgaanbieder, het rekening houden met geloofsovertuiging en de mogelijkheid huisdieren mee te nemen naar bijvoorbeeld een verzorgingscentrum.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder voert a en b uit en heeft in 2007 aantoonbaar een aanvang gemaakt met c.</p> <p>#. De concessiehouder voert alleen a uit en heeft in 2007 aantoonbaar een aanvang gemaakt met b en c.</p> <p>#. Al het andere.</p>
<p><b>B. Wettelijke kwaliteitseisen in contracteercriteria</b></p> <p><i>Het is van belang dat een zorgkantoor alleen intra- en extramurale zorgaanbieders contracteert die voldoen aan de kwaliteitseisen die de wetgever stelt.</i></p> <p><i>a) Het zorgkantoor stelt in zijn contracteerbeleid criteria voor de zorgaanbieder, genoemd in de landelijk geformuleerde algemene gunningvoorwaarden tevens voortvloeiend uit ondermeer de volgende wet- en regelgeving: Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet BIG, Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, Wet klachtrecht cliënten zorgsector, WGBO, WBP.</i></p> <p><i>b) Het zorgkantoor contracteert uitsluitend zorgaanbieders die zijn toegelaten in het kader van de WTZi.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder voert a en b uit.</p> <p>#. De concessiehouder doet dit niet.</p> <p>#. Al het andere.</p>
<p><b>C. Geschiktheideisen en Algemene gunningvoorwaarden: kwaliteitssysteem</b></p> <p><i>Deze norm toetst of zorgkantoren naast de wettelijke kwaliteitseisen ook nog extra kwaliteitseisen stellen. Met het opheffen van de contracteerplicht voor extramurale zorg kunnen zorgkantoren extramurale zorgaanbieders prikkelen een betere kwaliteit van zorg te leveren door de aanbieders hiertoe uit te dagen tijdens het contracteren.</i></p> <p><i>Landelijk wordt gestreefd naar een situatie waarin alle gecontracteerde zorgaanbieders in het werkgebied van het zorgkantoor beschikken over een landelijk en/of internationaal erkend kwaliteitssysteem, dat de resultaten voor cliënten centraal stelt en waaraan een onafhankelijke toetsing is verbonden. De zorgaanbieders zijn in 2006 en 2007 in drie stadia te onderscheiden:</i></p> <p><i>1) zorgaanbieders, niet aantoonbaar op weg naar een kwaliteitssysteem met externe audit.</i></p> <p><i>2) zorgaanbieders met een kwaliteitssysteem die aantoonbaar naar 3 onderweg zijn, bijvoorbeeld blijkend uit een HKZ opstapcertificaat of gelijkwaardig</i></p> <p><i>3) gecertificeerde instellingen met externe audit (HKZ, INK, NIAZ, perspekt of vergelijkbaar)</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder heeft in zijn contracteercriteria 2007 het hanteren van een kwaliteitssysteem opgenomen. Certificering stadium 3 wordt bevorderd, 1 verdwijnt.</p>

<p>#. De concessiehouder heeft in zijn contracteercriteria het hanteren van een kwaliteitssysteem, met of zonder externe audit, opgenomen. Certificering 2 en 3 worden bevorderd.</p> <p>#. De concessiehouder bevordert hantering van een kwaliteitssysteem niet aantoonbaar.</p>
<p><b>D. Algemene gunningvoorwaarden: cliëntenraadpleging</b></p>
<p><i>Deze norm toetst of zorgkantoren naast de wettelijke kwaliteitseisen extramurale zorgaanbieders prikkelen een betere kwaliteit van zorg te leveren door in de algemene gunningvoorwaarden of -criteria op te nemen dat een zorgaanbieder minimaal één keer per twee jaar een cliëntenraadpleging organiseert, uit te voeren door een externe (onafhankelijke) organisatie.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder heeft in zijn algemene gunningvoorwaarden of -criteria 2007 opgenomen dat een zorgaanbieder minimaal 1 keer per twee jaar een cliëntenraadpleging organiseert,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- uit te voeren door een externe (onafhankelijke) organisatie EN</li><li>- aan de hand van een landelijk vastgesteld instrument voor de meting van klantervaringen</li></ul> <p>#. Al het andere.</p>
<p><b>E. Zorgplan</b></p>
<p><i>Zorgkantoren kunnen met hun contracteerbeleid of overeenkomst zorgaanbieders stimuleren het zorgplan te gebruiken.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. Uit het inkoopbeleid of overeenkomst 2007 blijkt dat de concessiehouder stuurt op het gebruik van een zorgplan.</p> <p>#. Al het andere.</p>
<p><b>F. Aandacht voor deskundigheid zorgverleners</b></p>
<p><i>Zorgkantoren moeten tenminste een globaal beeld hebben van het deskundigheidsniveau van de zorgaanbieders in relatie tot de af te spreken productie. Uit het (inkoop)beleid blijkt dat het zorgkantoor hierop let, in gevallen waarin zorgaanbieders nog niet gecertificeerd zijn. Het gaat hier om certificering stadium 1 onder D .</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. Uit het (inkoop)beleid voor het jaar 2007 blijkt dat de concessiehouder hier op stuurt.</p> <p>#. Al het andere.</p>

## NR 4: MONITORING CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

<p><b>A. Vastlegging in overeenkomsten</b></p> <p><i>De zorgkantoren moeten de eisen ten aanzien van de transparantie van instellingen over de besteding van middelen en de continuïteit van zorgverlening in individuele overeenkomsten vastleggen om een tijdige signalering van risico's mogelijk te maken.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. Het zorgkantoor heeft in de individuele overeenkomsten vastgelegd dat de zorgaanbieder hem van de informatie voorziet die het zorgkantoor nodig acht voor het monitoren van de continuïteit van de zorgverlening.</p> <p>#. Het zorgkantoor heeft in de individuele overeenkomsten <b>niet</b> vastgelegd dat de zorgaanbieder hem van de informatie voorziet die het zorgkantoor nodig acht voor het monitoren van de continuïteit van de zorgverlening.</p>
<p><b>B. EWS op basis van jaarrekeningen</b></p> <p><i>De zorgkantoren vullen het 'early warningsysteem' (EWS) tenminste met een aantal basis financiële kengetallen, zoals solvabiliteit, rentabiliteit, liquiditeit en eventueel overige ratio's: zie Circulaire CVZ 03/28 op basis van de <b>jaarrekeningen</b> voor <b>alle</b> instellingen. Het EWS op basis van de jaarrekeningen dient dus als <b>risicoanalyse</b> voor het opvragen van extra gegevens bij instellingen. Zie C. extra monitoren van instellingen. Omdat dit als basis dient voor een eventueel nader onderzoek bij instellingen moet het zorgkantoor het EWS <b>voor alle instellingen vullen met een aantal basis financiële kengetallen</b>. Op deze manier is het zorgkantoor in staat over een aantal jaren eventuele veranderingen in basis financiële kengetallen te monitoren.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. Het zorgkantoor vult het EWS tenminste met een aantal financiële kengetallen genoemd in de Circulaire CVZ 03/28 dan wel zelf ontwikkelde kengetallen op basis van de jaarrekeningen voor alle instellingen en analyseert deze kengetallen door gebruik te maken van een beslisboom of een gelijkwaardig analysemodel (ZN-model of eigen model).</p> <p>#. Het zorgkantoor vult het EWS tenminste met een aantal financiële kengetallen genoemd in de Circulaire CVZ 03/28 dan wel zelf ontwikkelde kengetallen op basis van de jaarrekeningen voor <b>niet</b> alle instellingen, maar analyseert de wel "gevulde" instellingen door gebruik te maken van een beslisboom of een gelijkwaardig analysemodel: het ZN-model of een eigen model.</p> <p>#. Het zorgkantoor vult het EWS tenminste met een aantal financiële kengetallen genoemd in de Circulaire CVZ 03/28 dan wel zelf ontwikkelde kengetallen op basis van de jaarrekeningen voor <b>niet</b> alle instellingen, en analyseert <b>niet</b> alle "gevulde" instellingen door gebruik te maken van een beslisboom of een gelijkwaardig analysemodel (ZN-model of eigen model).</p>
<p><b>C. Extra monitoren van instellingen</b></p> <p><i>Zorgkantoren gebruiken het in <b>onderdeel b</b> genoemde analysemodel als basis om gestructureerd financiële en organisatorische kengetallen op te vragen bij die instellingen die uit de <b>in onderdeel b gedane analyses als risicovol/er is iets aan de hand</b> naar voren komen. Dit impliceert overigens dat zorgkantoren altijd tenminste een jaar achterlopen met het <b>extra</b> monitoren van instellingen die uit de analyses als risicovol naar voren komen. Daarom moeten zorgkantoren ook op basis van - actuele - signalen, waaruit blijkt dat er problemen zijn bij instellingen vervolgcacties ondernemen, bijvoorbeeld de realisatiecijfers van productieafspraken. <b>Onder meer</b> de volgende Financiële Kengetallen zoals productierealisatie per</i></p>

<p><i>product, geprognosticeerd exploitatieresultaat - afgezet t.o.v. de begroting - en liquiditeitsprognose - zie Circulaire CVZ 03/28 - <b>kunnen extra</b> worden opgevraagd. <b>Onder meer</b> de volgende Organisatorische Kengetallen zoals personeelsverloop, ziekteverzuim, wijzigingen in organisatiestructuur. Zie Circulaire CVZ 03/28.</i></p> <p><b>Normering:</b> <b>LET OP: AFWIJKENDE PUNTENTOEKENNING ('EN' i.p.v. 'OF')</b> Het zorgkantoor vraagt tussentijds, buiten de jaarrekening om/na bestudering van de jaarrekening, zowel financiële als organisatorische kengetallen op bij de op risico geselecteerde zorgaanbieders en op basis van signalen en voert indien nodig vervolgacties uit. #. Opvragen financiële kengetallen + eventuele vervolgacties; #. Opvragen organisatorische kengetallen + eventuele vervolgacties; #. Onderzoek op basis van signalen + eventuele vervolgacties.</p>
<p><b>D. Bewaking bevoorschotting nieuwe instellingen</b></p> <p><i>Nieuwe toegelaten AWBZ instellingen worden bij voorkeur bevoorschot op basis van de werkelijk gerealiseerde productie of de zorgkantoren maken afwijkende productieafspraken met nieuwe instellingen. Een en ander is van belang om het financiële risico voor de zorgkantoren te beperken.</i></p> <p><b>Normering:</b> #. Nieuwe toegelaten instellingen worden structureel bevoorschot op basis van de werkelijk gerealiseerde productie. #. Nieuwe toegelaten instellingen worden soms bevoorschot op basis van de werkelijk gerealiseerde productie. #. Nieuwe toegelaten instellingen worden niet bevoorschot op basis van de werkelijk gerealiseerde productie.</p>
<p><b>E. Concernvorming, concernverhoudingen en uitbestedingsconstructies</b></p> <p><i>Zorgkantoren moeten voor 2006, in elk geval bij vreemde constructies, voldoende inzicht hebben in de bedrijfsstructuur van gecontracteerde zorgaanbieders, om vast te stellen of er voldoende -financiële- garanties bestaan voor de continuïteit van de zorgverlening. Ook moet er voldoende inzicht zijn in de vraag of een adequate scheiding bestaat tussen AWBZ middelen en niet-AWBZ middelen. Indien de zorgaanbieder deel uitmaakt van een groter geheel, bijvoorbeeld een concern, of tijdens het jaar daarin opgenomen wordt (concernvorming) dient het zorgkantoor zo mogelijk extra aandacht te besteden aan de continuïteit van de zorgverlening en de scheiding van middelen. Mogelijke aandachtspunten hierbij zijn: inzicht in uitbesteding, ontwikkelingen op het gebied van concernkosten, zoals beheersvergoedingen of managementfees, financiële verhoudingen met andere rechtspersonen, waaronder leningen, garanties of aansprakelijkheidsstellingen en zeggenschapsverhoudingen.</i></p> <p><i>In het kader van de WTZi - <b>hoofdstuk IV transparantie-eisen;</b></i> <b>Uitvoeringsbesluit WTZi</b> - zijn zorginstellingen verplicht soortgelijke informatie in hun jaardocument op te nemen. Dit geldt overigens pas vanaf 2006 - document komt beschikbaar in 2007 - voor nieuwe instellingen en vanaf 2007 - beschikbaar in 2008 - voor bestaande instellingen.</p> <p><i>Zorgkantoren moeten vanaf 2007 voor nieuwe instellingen en vanaf 2008 voor bestaande instellingen de betreffende informatie in het jaardocument dus in continuïteit beoordelen en indien nodig aanvullend onderzoek verrichten bij de instellingen. Voor 2008 zou een en ander in de Regeling Administratie en Controle AWBZ-zorgaanbieders opgenomen kunnen worden.</i></p> <p><b>Normering:</b> #. Het zorgkantoor onderneemt voldoende actie om inzicht te krijgen in concernvorming en concernverhoudingen bij instellingen.</p>

#. Het zorgkantoor onderneemt alleen voldoende actie bij nieuwe instellingen of alleen bij "oude" instellingen en/of bij vreemde constructies.  
#. Het zorgkantoor onderneemt nauwelijks actie om inzicht te krijgen in concernvorming en concernverhoudingen bij instellingen.  
EN  
#. Het zorgkantoor heeft inzicht in hoeveel zorg de door hun gecontracteerde instellingen uitbesteden aan andere, toegelaten of niet-toegelaten, instellingen.



## NR 5: PERSOONSgebonden BUDGET (PGB)

### **A. Consumentgerichtheid van de PGB-processen**

**A.1** *Zorgkantoren zijn in hun regio in toenemende mate het aanspreekpunt voor vragen op het terrein van de subsidieregeling Persoonsgebonden budget (PGB). Het zorgkantoor stelt aan cliënten die een PGB willen hebben hierover informatie beschikbaar. Deze informatie moet toegankelijk zijn en van een voldoende niveau zijn.*

**Normering:**

- #. Het zorgkantoor stuurt aan nieuwe budgethouders de informatiemap toe.
- #. Het zorgkantoor stuurt aan nieuwe budgethouders de informatiemap niet toe.

**A.2** *De budgethouders moeten na de voorlopige beschikking de definitieve beschikking ontvangen.*

**Normering:**

- #. De budgethouders ontvangen na maximaal één voorlopige beschikking de definitieve beschikking.
- #. De budgethouders ontvangen meerdere voorlopige beschikkingen voordat zij de definitieve beschikking ontvangen.

**A.3** *Het zorgkantoor vermeldt de bekende gegevens al zelf op de formulieren die door budgethouders moeten worden ingevuld.*

**Normering:**

- #. Het zorgkantoor vult de formulieren met de N.A.W. gegevens en overige gegevens.
- #. Het zorgkantoor vult de formulieren alleen met de N.A.W. gegevens.

**A.4.1** *Het zorgkantoor verzendt de verantwoordingsformulieren periodiek (één exemplaar tegelijkertijd i.p.v. meerdere formulieren).*

**Normering:**

- #. Het zorgkantoor verzendt periodiek één exemplaar tegelijkertijd in plaats van meerdere formulieren.
- #. Het zorgkantoor verzendt periodiek meerdere formulieren na elkaar in plaats van één exemplaar.

**A.4.2** *De verantwoordingsformulieren worden vergezeld van een brief. In het kader van klantgerichtheid is het belangrijk dat deze brieven klantvriendelijk geschreven zijn.*

**Normering:**

- #. De toonzetting van de brief is klantvriendelijk.
- #. De toonzetting van de brief is neutraal.
- #. De toonzetting van de brief is - op onderdelen - niet klantvriendelijk.

**Deze indicator is inventariserend van aard en weegt - nog - niet mee in de prestatiemeting.**

**A.5** *De aan de budgethouders periodiek verstrekte bestedingsoverzichten moeten duidelijk en controleerbaar zijn.*

**Normering:**

- #. De aan de budgethouders periodiek verstrekte bestedingsoverzichten zijn duidelijk en controleerbaar.
- #. De aan de budgethouders periodiek verstrekte bestedingsoverzichten zijn onvoldoende duidelijk en / of onvoldoende controleerbaar.

**A.6** *Het zorgkantoor stemt uit het oog van klantvriendelijkheid de datum van betaling van de budgetten af op de datum van de incasso van de loonbelasting. Dit betekent dat het zorgkantoor de budgetten moet betalen voordat de loonbelasting door de SVB wordt geïncasseerd van de rekening van de budgethouder. Hierdoor wordt voorkomen dat de budgethouder een aanmaning krijgt toegestuurd.*

**Normering:**

#. Het zorgkantoor stemt de datum van de betaling van de budgetten af op de datum van de incasso van de loonbelasting.

#. Het zorgkantoor stemt de datum van de betaling van de budgetten niet af op de datum van de incasso van de loonbelasting.

**A.7** *In het kader van klantvriendelijkheid moet het zorgkantoor de cliënt na afloop van de globale controles een bericht sturen dat de verantwoording is goed- of afgekeurd onder voorbehoud van eventuele intensieve controles die het zorgkantoor nog uitvoert. Het uitvoeringsprotocol schrijft voor dat het zorgkantoor uiterlijk zes weken na indiening van de verantwoording de budgethouder op de hoogte moet stellen van de beoordeling onder het voorbehoud dat intensieve controle nog tot wijziging kan leiden. De tijdigheid hangt samen met beoordelingspunt d.1.*

**Normering:**

#. Het zorgkantoor stuurt elke budgethouder tijdig na afronding van de globale controle een bericht dat de verantwoording is goed- of afgekeurd onder voorbehoud van eventueel intensieve controles die nog kunnen plaatsvinden.

#. Het zorgkantoor stuurt na afronding van de globale controle geen bericht dat de verantwoording is goed- of afgekeurd onder voorbehoud van eventueel intensieve controles die nog kunnen plaatsvinden.

**B. Juistheid van vaststelling**

*Hieronder wordt verstaan of er voldoende waarborgen zijn getroffen om ervoor te zorgen dat de vastgestelde PGB-bedragen juist zijn berekend. Een zorgkantoor heeft verschillende mogelijkheden om hiervoor waarborgen te treffen. In het proces van het vaststellen kunnen, bijvoorbeeld met systeemcontroles of controles door andere medewerkers dan de behandelend medewerker op berekeningen, waarborgen ingebouwd worden die leiden tot juiste PGB-bedragen en in te houden eigen bijdragen. Dit zijn de zogenaamde procesmatige waarborgen. Daarnaast moet achteraf, bijvoorbeeld met deelwaarnemingen van berekende PGB-bedragen en ingehouden eigen bijdragen, de juistheid van berekende PGB-bedragen vastgesteld worden. In de optimale situatie worden zowel vooraf als achteraf controles uitgevoerd, waarbij de achterafcontroles met name bedoeld zijn om vast te stellen dat de procesmatige waarborgen gewerkt hebben. Achterafcontroles die enkel eenmalig na afloop van het jaar worden uitgevoerd, worden niet als voldoende beschouwd.*

**Normering:**

#. Juistheid vaststelling procesmatig goed gewaarborgd en achteraf voldoende - minimaal twee keer per jaar een steekproef, dus niet alleen bij de rechtmatigheidscontrole na afloop van het jaar - gecontroleerd *Toelichting:* uit in voldoende mate uitgevoerde achterafcontroles zijn geen onvolkomenheden naar voren gekomen, zodat ervan uitgegaan kan worden dat de getroffen procesmatige waarborgen gewerkt hebben.

#. Juistheid vaststelling procesmatig goed gewaarborgd, maar achteraf onvoldoende - niet minimaal twee keer per jaar door middel van een steekproef - gecontroleerd. *Toelichting:* in opzet zijn voldoende waarborgen getroffen om te zorgen dat de juistheid van de berekende PGB's gewaarborgd is, maar dit is in onvoldoende mate door middel van achterafcontroles vastgesteld bijv. aangetoond m.b.v. EDP-onderzoek gericht op inrichting van het systeem, maar niet op werking.

#. Juistheid vaststelling in beperkte mate procesmatig gewaarborgd, maar achteraf voldoende gecontroleerd. *Toelichting:* uit de achteraf uitgevoerde controles blijken tekortkomingen in de vooraf getroffen procesmatige waarborgen. De uitgevoerde achterafcontroles zijn echter in voldoende mate uitgevoerd, zodat een uitspraak gedaan kan worden over de juistheid van de PGB-bedragen en ingehouden eigen bijdragen. *Voorbeeld:* uit de controles achteraf blijken veel fouten in de opgelegde

<p>eigen bijdragen die veroorzaakt lijken te zijn door het niet in voldoende mate functioneren van de procesmatige waarborgen, bijvoorbeeld Systeemfoutberekeningen, maar door de deelwaarnemingen kan de totale fout bepaald worden.</p> <p>#. Juistheid vaststelling in beperkte mate procesmatig gewaarborgd en achteraf onvoldoende gecontroleerd. <i>Toelichting:</i> niet in voldoende mate uitgevoerde achterafcontroles, zodat geen uitspraak gedaan kan worden over de totale fout in de juistheid van de totaal opgelegde eigen bijdragen. Uit de achterafcontroles of uit andere signalen blijkt dat tekortkomingen in de procesmatige waarborgen voorkomen.</p>
<p><b>C. Tijdigheid van toekenning</b></p>
<p><b>C.1 Normering:</b></p> <p>Tijdigheid toekenning: het gemiddeld aantal kalenderdagen tussen ontvangst aanvraag PGB nieuwe stijl door het zorgkantoor en toekenning PGB nieuwe stijl, conform indicator ZC 05 in de Handleiding Uitvoeringsverslag.</p> <p>De datum aanvraag betreft de datum waarop het zorgkantoor het indicatiebesluit PGB nieuwe stijl heeft ontvangen, hoewel de feitelijke aanvraag voor een PGB nieuwe stijl plaatsvindt bij het zorgkantoor. De termijnen zijn in overleg met de zorgkantoren en ZN bepaald, rekening houdend met de definitie van de indicator en vertragingen door opvraag van gegevens bij externe partijen. Indien het gemiddelde, ZC 05, tussen de 36 en 42 ligt, kan dit betekenen dat in meer gevallen de termijn van 42 dagen niet is gehaald. Daarom moet bij zo'n gemiddelde nadere informatie worden opgevraagd. Indien blijkt dat in meer dan 10% van de gevallen de termijn van 42 dagen niet is gehaald, dan contact opnemen met het COT over de puntentoekening.</p> <p>ZC 05:</p> <p>#. ... is 42 dagen of eerder.</p> <p>#. ... ligt tussen 43 en 60 dagen.</p> <p>#. ... is hoger dan 60 dagen.</p> <p><b>C.2 Normering:</b></p> <p>In december komen achterstanden voor. Het is belangrijk dat ook in december de ingediende aanvragen tijdig worden afgedaan door het zorgkantoor. Voor 2006 dient echter rekening te worden gehouden met de WMO-effecten, die extra druk gaven op de aanvraag van PGB's.</p> <p>#. De in december ingediende aanvragen zijn eveneens binnen zes weken afgedaan. Zonodig heeft het zorgkantoor personele maatregelen getroffen om tijdige afwikkeling te waarborgen.</p> <p>#. De in december ingediende aanvragen zijn niet binnen zes weken afgedaan.</p> <p><b>C.3. Tijdig indienen van de afrekening van de jaarsubsidie door de zorgkantoren bij CVZ. In de praktijk blijkt dat veel zorgkantoren hiermee te laat zijn. De tijdige indiening bij CVZ stelt het Ministerie van VWS in staat een goed overzicht te krijgen van de uitputting van de voor het PGB beschikbare bedrag. Informatie hierover zal bij het CVZ worden opgevraagd en dan beschikbaar worden gesteld door het COT aan de onderzoekers.</b></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. Het zorgkantoor heeft de informatie tijdig aan CVZ aangeleverd.</p> <p>#. Het zorgkantoor heeft de informatie niet tijdig aan CVZ aangeleverd.</p>
<p><b>D. Globale en intensieve controles</b></p>

Het zorgkantoor moet elk jaar op 100% van de ingediende verantwoordingsformulieren een globale controle uitvoeren en op minimaal 5% van de budgethouders een intensieve controle, op basis van signalen uit globale controles en eventueel aselekt aangevuld tot 5%. In de wijziging van de Regeling Persoonsgebonden Budget Nieuwe Stijl is opgenomen dat de budgethouder binnen zes weken na afloop van de voorschotperiode een verantwoording moet indienen. Het zorgkantoor stelt de budgethouder binnen zes weken na indiening van de verantwoordingsformulieren over de voorschotperiode op de hoogte van de uitkomsten van de globale beoordeling. Zie wijziging van artikel 2.6.9 en 2.6.10 Regeling PGB subsidies voor informatie over voorschotperiodes. Definitieve vaststelling van het budget vindt plaats aan het eind van het kalenderjaar en in het geval van beëindiging tijdens het jaar binnen twee maanden.

**D.1 Normering:**

- #. Het zorgkantoor heeft tijdig en in continuïteit globale controles over 2006 uitgevoerd, gedurende het jaar binnen zes weken na indienen van de verantwoordingen na afloop van de voorschotperiode.
- #. Het zorgkantoor heeft in continuïteit globale controles uitgevoerd in 2006, maar heeft in beperkte mate achterstanden bij het uitvoeren van de globale controles over 2006. De norm is: afronding niet later dan twaalf weken na indiening van de verantwoordingen.
- #. Het zorgkantoor kent grote achterstanden bij de tijdige uitvoering van globale controles over 2006.

**D.2 Normering:**

**LET OP: AFWIJKENDE PUNTENTOEKENNING ('EN' i.p.v. 'OF')**

- #. Het zorgkantoor heeft een controleplan opgesteld waarin de uit te voeren PGB-controles zijn opgenomen.
- #. Het zorgkantoor voert in continuïteit en gedurende het jaar de intensieve controles uit voor tenminste 5% van de budgethouders.
- #. Indien uit de intensieve controles onrechtmatigheden komen, onderneemt het zorgkantoor vervolgacties.

**E. Randvoorwaarde**

*De controles over voorgaande kalenderjaren dienen in het lopende jaar geheel te zijn afgerond.*

**Normering:**

- #. Alle globale en intensieve controles over 2005 zijn afgerond per 31-12-2006.
- #. Niet alle globale en intensieve controles over 2005 zijn per 31-12-2006 afgerond.

## NR 6: DOELMATIGHEID

<p><b>A. Binnen financiële contracteerruimte afspraken maken</b></p> <p><i>Concessiehouders moeten zich inspannen om zorg binnen de financiële contracteerruimte te contracteren.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder is op 1 maart 2007 binnen de reguliere financiële contracteerruimte gebleven met zijn productieafspraken voor het jaar 2007.</p> <p>#. De productieafspraken van 1 maart 2007 overschrijden de indicatieve financiële ruimte.</p>
<p><b>B. Optimale inzet van de financiële contracteerruimte</b></p> <p><i>In 2006 heeft de NZa in de uitvoering van de AWBZ een toenemende spanning geconstateerd tussen enerzijds de noodzaak tot tijdige verlening van verzekerde zorg en anderzijds de beheersing van de collectieve lasten. Een doelmatig gebruik van de beschikbare middelen binnen de contracteerruimte van het zorgkantoor speelt hierin een cruciale rol. Getoetst wordt in hoeverre het zorgkantoor hierin een consistent beleid voert. Hierbij wordt aangesloten bij de door de Minister op 19 december 2006 goedgekeurde aanpak van de NZa voor de oplossing van knelpunten. Tevens wordt getoetst aan de mate waarin zorgkantoren erin slagen om de onderbesteding binnen de productieafspraken tot een minimum te beperken, waardoor middelen elders binnen of buiten de zorgkantoorregio kunnen worden ingezet.</i></p> <p><i>De onderbesteding kan worden beperkt door een maandelijkse uitwisseling van productiecijfers met de zorgaanbieders en een herschikking van productieafspraken binnen de financiële contracteerruimte. Het in de normering gehanteerde percentage van 98,3% is ontleend aan het eerste kwartiel van de naar het resultaat 2005 oplopend gerangschikte zorgkantoren.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De concessiehouder heeft bij de nacalculatie over 2005 tenminste 98,3% van de financiële productieafpraak 2005 gerealiseerd.</li> <li>- De concessiehouder heeft vóór 15 maart 2007 afspraken gemaakt over herschikking van productieafspraken 2006 met zorgaanbieders zodanig dat de in 2006 gemaakte onderproductie grotendeels of geheel kan worden ingezet binnen het werkgebied ten gunste van overproducenten, dan wel ten goede komt aan de contracteerruimte.</li> <li>- De concessiehouder neemt actief deel aan de landelijke herschikking van contracteerruimten vóór 15 maart 2007 indien na herschikking van de productieafspraken 2006 en de NZa-knelpuntrappartages voor diens zorgkantoren substantiële overschotten of tekorten resteren.</li> </ul> <p><b>Normering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>#. De concessiehouder voldoet aan alle drie bovengenoemde voorwaarden.</li> <li>#. De concessiehouder voldoet aan twee van bovengenoemde voorwaarden.</li> <li>#. De concessiehouder voldoet aan één van bovengenoemde voorwaarden.</li> <li>#. Al het andere.</li> </ul>
<p><b>C. Doelmatigheidscriteria in de algemene gunningvoorwaarden</b></p> <p><i>Doordat de contracteerplicht in de extramurale AWBZ is opgeheven kunnen zorgkantoren de zorgaanbieders meer expliciet tot doelmatig handelen bewegen en hiertoe criteria opnemen in de algemene gunningvoorwaarden 2007 met de volgende strekking:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het prijscriterium, waarmee doelmatigheidswinst via prijsonderhandeling met de extramurale zorgaanbieder wordt bereikt.</li> <li>- De productmix, waarmee ongewenste verschuivingen van relatief goedkopere naar duurere zorgprestaties van de extramurale zorgaanbieder kan worden tegengegaan.</li> <li>- Doelmatige levering van (uren) extramurale zorg van de zorgaanbieder binnen het</li> </ul>

*indicatieniveau (functies en klassen) van diens populatie.*

**Normering:**

- #. De concessiehouder past alle drie bovengenoemde doelmatigheidscriteria in zijn contracteerbeleid toe.
- #. De concessiehouder past twee van bovengenoemde doelmatigheidscriteria in zijn contracteerbeleid toe.
- #. De concessiehouder past één van bovengenoemde doelmatigheidscriteria in zijn contracteerbeleid toe.

**D. Besparingen door kortingen op maximumtarief V&V en GHZ**

*Zorgkantoren moeten zich inspannen om doelmatige zorg in te kopen waarbij het in de rede ligt dat ze uiteindelijk ook voor prestaties kortingen op de beleidsregelwaarde bedingen.*

*Van de instellingen die behoren tot de categorie 600 (GHZ) en 650 (V&V) gaat het om besparingen, gerealiseerd met kortingen op de beleidsregelwaarden. Het behaalde resultaat wordt berekend over de in 2006 gerealiseerde aantallen van de volgende producten:*

*Huishoudelijke verzorging (H102 alfahulp en H125), Persoonlijke verzorging (H126 en H127 extra), Verpleging (H104, H128 extra en H106 speciaal), Ondersteunende begeleiding (H121 en H129 extra).*

*De score per concessiehouder is het gemiddelde van de scores van de zorgkantoren die behoren bij de concessiehouder. Peilmoment is de productieafsprakenronde 15 oktober 2006.*

**Normering:**

- #. Het zorgkantoor heeft in 2006 hogere kortingen op de beleidsregelwaarden voor extramurale zorgprestaties gerealiseerd vergeleken met de andere zorgkantoren. Het zorgkantoor scoort boven het derde kwartiel van de naar resultaat oplopend gerangschikte zorgkantoren.
- #. Het zorgkantoor heeft in 2006 met de gerealiseerde kortingen op de beleidsregelwaarden voor extramurale zorgprestaties ongeveer gemiddeld gepresteerd vergeleken met de andere zorgkantoren.
- #. Het zorgkantoor heeft in 2006 lagere kortingen op de beleidsregelwaarden voor extramurale zorgprestaties gerealiseerd vergeleken met de andere zorgkantoren. Het zorgkantoor scoort onder het eerste kwartiel van de naar resultaat oplopend gerangschikte zorgkantoren.

**E. Besparingen door sturen op productmixen**

*Zorgkantoren moeten zich inspannen om doelmatige zorg in te kopen waarbij tevens op een optimale productmix gestuurd kan worden. De spreiding van sommige productmixen tussen de zorgkantorregio's is nog steeds aanzienlijk. De volgende productmixen worden beoordeeld.  $H125/(H102+H125)$ ;  $H126/(H127+H126)$ ;  $H104/(H128+H104)$  en  $H121/(H129+H121)$ . Het betreft de productiecijfers 2006. Uitschieters in 2006 zijn gerealiseerde productmix verhoudingen die lager zijn dan het gemiddelde van de zorgkantoren minus 1 maal de standaarddeviatie in 2006. De score per zorgkantoor is het gemiddelde van de beoordeling per productmix aan de hand van de productieafspraken 2006 en de werkelijke productie 2005. De score per concessiehouder is het gemiddelde van de scores van de zorgkantoren die behoren bij de concessiehouder. Peilmoment is de productieafsprakenronde 15 oktober 2006.*

**Normering:**

- #. Het zorgkantoor beschikt in 2006 niet over een dure productmixverhouding vergeleken met andere zorgkantoren.
- #. Het zorgkantoor beschikt in 2006 over een dure productmixverhouding, die echter het gemiddelde 2005 van de zorgkantoren minus 1 maal de standaarddeviatie 2005 niet onderschrijft.
- #. Al het andere.

**F. Een deel van de productie gunnen op basis van relatieve prestaties**

*Zorgkantoren kunnen gevestigde zorgaanbieders uitdagen met elkaar te dingen naar de beschikbare financiële middelen door de aanbieders een deel van het regiobudget te gunnen op basis van relatieve prestaties. Anderzijds moet rekening worden gehouden met het gegeven dat de AWBZ voorschrijft dat de continuïteit van zorg gegarandeerd is indien cliënten eenmaal door een zorgaanbieder in zorg zijn genomen (art 15 AWBZ). Uit onderzoek, zie Rapportage-effecten overheveling functies verpleging en persoonlijke verzorging van AWBZ naar ZFW/ZVW, blijkt dat het mogelijk moet zijn om zorgaanbieders minder dan 100% van het budget op basis van de realisatie van het voorafgaande jaar te garanderen zonder de continuïteit van zorg in gevaar te brengen.*

**Normering:**

- #. De concessiehouder garandeert voor extramurale V&V zorg  $\leq 90\%$  van het budget en hanteert dus tenminste 10% vrije ruimte.
- #. De concessiehouder garandeert voor extramurale V&V zorg weliswaar  $> 90\%$  van het budget, maar kan daarbij aantonen dat die garantie noodzakelijk is omdat anders de continuïteit van zorg in gevaar komt.
- #. De concessiehouder garandeert voor extramurale V&V zorg  $\leq 95\%$  doch  $> 90\%$  van het budget en hanteert dus tenminste 5% vrije ruimte, zonder dat hij kan aantonen dat de gegeven garantie boven 90% noodzakelijk is om de continuïteit van zorg te garanderen.
- # Al het andere.



## NR 7: MATERIËLE CONTROLE

<b>LET OP: AFWIJKENDE PUNTENTOEKENNING ('EN' ipv. 'OF')</b>
<p><b>A. Aanpak</b></p> <p><i>De concessiehouder/het zorgkantoor moet een controleplan hebben dat voldoet aan de Regeling Administratie en Controle uitvoeringsorganen AWBZ van de NZa. Het plan van aanpak voor materiële controles maakt hiervan onderdeel uit. Het zorgkantoor moet een plausibele onderbouwing van de reikwijdte van de materiële controles kunnen geven; (de 95/95% norm). Nieuwe elementen in de beoordeling zijn het aansluiten van de aanpak en uitvoering op de uitgangspunten van het Protocol Materiële Controle van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het gebruik maken van informatie voortkomend uit de verplichtingen van de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ productieregistratie en facturering van de NZa .</i></p> <p><i>Concreet betekent dit dat het zorgkantoor een afweging moet maken voor de (wijze van) inzet van de materiële controles. Belangrijk element vormt de risico-analyse of bestandsanalyse. Het zorgkantoor moet aangeven waarom het welke risicogebieden heeft gecontroleerd en waarom het de overige gebieden niet als risico ziet. Vervolgens moet ook worden aangegeven waarom een bepaalde hoeveelheid instellingen gecontroleerd wordt binnen de door het zorgkantoor aangegeven risicogebieden.</i></p> <p><i>Van belang is dat zorgaanbieders worden geselecteerd die niet voldoen aan de Kaderregeling AO/IC.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p><i>#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft een plan van aanpak met een transparante risico-analyse voor de materiële controles AWBZ, dat gebaseerd is op de Regeling A&amp;C. (Puntenaftrek toepassen indien PvA niet is gebaseerd op Regeling A&amp;C en/of transparante risico-analyse of wanneer instrument van statistische analyse ontbreekt of indien bij selectie zorgaanbieders geen rekening wordt gehouden met de Kaderregeling AO/IC en als thuiszorgaanbieders niet expliciet in de risicoanalyse zijn opgenomen).</i></p>
<p><b>B. Organisatie</b></p> <p><i>De concessiehouder/het zorgkantoor moet een adequate organisatie hebben voor de uitvoering van de materiële controle.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p><i>#. De concessiehouder/zorgkantoor heeft een controleteam met voldoende medische deskundigheid.</i></p> <p><i>#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft een controleteam met functiescheiding tussen de zorginkopers van een instelling en de uitvoerenden van de materiële controle bij een instelling.</i></p>
<p><b>C. Uitvoering materiële controles</b></p> <p><i>De materiële controle moet zich richten op de vraag of gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd en op de vraag of de zorg doelmatig is verleend. Materiële controles moeten structureel worden uitgevoerd en worden ingebed in de bedrijfsvoering. Voor de uitvoering van materiële controles is door ZN een protocol materiële controle opgesteld. Van belang is dat dit protocol bij de uitvoering van de controles is toegepast.</i></p> <p><i>Aan de uitvoering van de materiële controles moet een risico-analyse of statistische analyse voorafgaan.</i></p> <p><i>Uit de risicoanalyse van het zorgkantoor moet blijken waar zich de grootste risico's voordoen.</i></p> <p><i>Belangrijk is dat de materiële controle zich ook richt op de eisen uit de Kaderregeling AO/IC, waaronder eisen voor het cliëntendossier. Hierbij is in het bijzonder van belang de controle op de aansluiting van geleverde zorg op het indicatiebesluit CIZ, zorgplan/zorgzwaarte en juiste facturering, waarin productie en tarief zijn vermeld.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p><i>#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft in 2006 een substantieel aantal materiële</i></p>

controles uitgevoerd, waardoor voldaan wordt aan de 95/95% norm, met toepassing van de instrumenten risico- en statistische analyse, AO/IC verklaring en bestuursverklaring, verbandscontroles en detailcontroles, voor meerdere soorten zorg en zorgaanbieders en meerdere AWBZ-functies.

#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft de uitvoering van de controle gericht op aansluiting geleverde zorg op indicatiebesluit of verwijzing (beoordelen zorgplan/zorgzwaarte/geleverde zorgprestaties) met aandacht voor zowel de daadwerkelijke levering als voor de doelmatigheid, waaronder kwaliteit, van de zorg.

#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft in 2006 de materiële controles tijdig en in continuïteit uitgevoerd.

**En**

#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft bij de uitvoering van de materiële controles daarnaast gecontroleerd of de zorg doelmatig en daadwerkelijk is geleverd door verzekeren bij de controles te betrekken voor bepaalde geselecteerde zorgvormen of op basis van signalen of resultaten uit bestandsanalyse.

**D. Randvoorwaarden**

**D.1** Het uitvoeren van vervolgacties bij geconstateerde onregelmatigheden uit de materiële controles. De concessiehouder/het zorgkantoor moet voor de bij materiële controles geconstateerde onregelmatigheden beoordelen of hier een gevolg aan moet worden verbonden. Zie Protocol Materiële Controles van ZN. Bij de beoordeling voor het instellen van vervolgacties moet rekening worden gehouden met een aantal aspecten zoals normatieve bekendheid met voorschriften, eerdere overtredingen, etc. Vervolgacties bestaan uit enerzijds directe maatregelen voor de zorgverlener, zoals bijvoorbeeld een waarschuwing, terugvordering, stelselmatige controle of anderzijds externe acties, zoals bijvoorbeeld informeren IGZ, klacht indienen bij tuchtrechter, ECD inlichten, melding fraudecoördinator.

**Normering:**

#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft in zijn beleid, in de vorm van een plan van aanpak of controleplan, geen bepalingen opgenomen over wijze van omgang met geconstateerde onregelmatigheden.

#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft in 2006 na constatering van onregelmatigheden geen afweging gemaakt voor het instellen van vervolgacties.

#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft in 2006 na afweging voor vervolgacties geen of onvoldoende maatregelen getroffen richting de zorgaanbieder. Zie Protocol Materiële Controle ZN blz 9.

#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft in 2006 na afweging voor vervolgacties geen of onvoldoende maatregelen getroffen richting externe instanties. Zie Protocol Materiële Controle ZN blz 9.

**D.2** Informering management over inspanningen en resultaten van materiële controles en voortgang van onderzoeken.

**Normering:**

#. De concessiehouder/het zorgkantoor bewaakt voortgang van materiële controles niet of onvoldoende en informeert het management hierover in onvoldoende mate.

#. De concessiehouder/het zorgkantoor informeert het management niet structureel en aantoonbaar in procedures, via periodiek overleg of schriftelijke managementinformatie over vervolgacties van materiële controles.

## NR 8: BESTRIJDING M&O

LET OP: AFWIJKENDE PUNTENTOEKENNING ('EN' i.p.v. 'OF')
<p><b>A. Aanpak</b></p> <p><i>Het is van belang dat een concessiehouder/zorgkantoor een actueel plan van aanpak (controleplan) heeft dat gericht is op de bestrijding van M&amp;O, waarbij ook de uitvoering van de AWBZ is betrokken. Zorgkantoren moeten risicoanalyses hebben uitgevoerd die de insteek en prioritering bepalen van de M&amp;O-werkzaamheden voor de lange termijn en in ieder geval voor 2006. Deze analyses moeten in de beleids-/controleplannen zijn opgenomen of hier bij aansluiten.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft een actueel en gestructureerd beleidsplan/controleplan met een transparante risico-analyse, waarin het specifiek ingaat op de bestrijding van M&amp;O in de AWBZ. Het plan kan onderdeel zijn van het controleplan materiële controles of het M&amp;O-bestrijdingsplan gericht op de ZVW. Wel moet duidelijk worden of het plan ook voor de AWBZ voldoet aan de eisen die zijn gesteld aan de ondertekening van het Fraudeprotocol van het Verbond van Verzekeraars.</p>
<p><b>B. Organisatie</b></p> <p><i>De concessiehouder/het zorgkantoor moet een adequate organisatie hebben voor de bestrijding van M&amp;O.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder/zorgkantoor heeft een fraudecoördinator die ook het zorgkantoor structureel bij zijn werkzaamheden betreft.</p> <p>#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft een specifieke werkgroep, bijvoorbeeld een fraudeteam, waarin structureel medewerkers van het zorgkantoor zitting hebben of een specifieke fraudeafdeling die medewerkers van het zorgkantoor structureel betreft bij zijn werkzaamheden.</p>
<p><b>C. Uitvoering M&amp;O-onderzoeken, -analyses en voorlichting</b></p> <p><i>Voor de uitvoering van M&amp;O beleid zijn risicoanalyse, afhandeling van signalen en goede voorlichting van belang: Voorbeelden van risicogebieden zijn:</i></p> <p><b>PGB:</b> Samenloop zorg in natura en intramurale zorg met (extramuraal) zorg die onder het PGB valt, samenloop PGB-betaling en declaratie door instelling voor dezelfde cliënt, interne fraude. Besteding van het PGB voor zover de regeling mogelijkheden biedt voor het aantonen van M&amp;O van PGB's.</p> <p><b>Overig:</b> Declaratie van een te hoog tarief voor geleverde zorg of minder zorglevering dan gedeclareerd - extramuraal of thuiszorg -, declaratie door zorgaanbieders van reeds particulier betaalde zorg en specifieke declaraties van zorgaanbieders, zoals hulpmiddelen, tandheelkunde en psychiaters.</p> <p><i>Uit de risicoanalyse van het zorgkantoor moet blijken waar zich de grootste risico's voordoen.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft in 2006 bestands- of systeemvergelijkingen (bijv. tussen AZR / administratie van: zorgkantoor / zorgaanbieder / CAK-BZ) uitgevoerd op mogelijke M&amp;O-ricogebieden.</p> <p>#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft in 2006 verdiepend vervolgonderzoek uitgevoerd op signalen of vermoedens van M&amp;O, bijvoorbeeld op basis van signalen uit de monitoring van instellingen, de materiële controles, de intensieve PGB-controles of de bestands- of systeemvergelijkingen.</p> <p>#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft in 2006 voorlichting over fraudebestrijding aan zorgkantoormedewerkers gegeven, bijvoorbeeld in de vorm van presentaties of cursussen ter verhoging van fraudealertheid van medewerkers.</p> <p>- De concessiehouder/het zorgkantoor heeft in 2006 aandacht besteed aan signalering,</p>

opsporing en afdoening van interne fraude.

#### **D. Randvoorwaarden**

**D.1** Het uitvoeren van vervolgacties bij geconstateerde M&O-zaken. De concessiehouder/het zorgkantoor moet bij fraudeonderzoeken geconstateerde onregelmatigheden of M&O de fraudecoördinator inschakelen en overgaan tot terugvordering. Bij geconstateerd M&O is het van belang dat de concessiehouder/het zorgkantoor structureel de volgende acties onderneemt: melding aan het fraudeloket bij het verbond van verzekeraars, aangiften bij de politie/OM, registratie in het Externe Verwijs Register (EVR).

##### **Normering:**

#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft in 2006 niet bij alle vermoedens van fraude de fraudecoördinator ingeschakeld.

#. De concessiehouder/het zorgkantoor heeft in 2006 bij geconstateerde onregelmatigheden - uit signalen of uit M&O-analyses - niet structureel de volgende vervolgacties uitgevoerd of heeft deze niet vastliggen in een procedure, indien geen onregelmatigheden geconstateerd zijn:

- terugvorderen uitbetaalde AWBZ (of PGB)-middelen of het verrekenen met de bevoorschotting of afrekening van zorgaanbieders;
- melding van fraude bij het fraudeloket van het Verbond van Verzekeraars en registratie in het EVR;
- aangifte bij de politie of het OM.

**D.2** Informering management over inspanningen en resultaten van M&O-bestrijding en interne registratie van fraudesignalen en resultaten van onderzoeken. Bij de registratie is het vooral van belang dat er onderscheid wordt gemaakt tussen wettelijke en niet wettelijke zaken en tussen ZVW en AWBZ en tussen verzekerden en zorgaanbieders. Ook is het van belang dat het management structureel geïnformeerd wordt over de M&O-inspanningen.

##### **Normering:**

#. De concessiehouder/het zorgkantoor registreert fraudezaken niet of onvoldoende in een fraudedatabase, de interne verwijzingsindex of het incidentenregister, waarbij hij onderscheid maakt tussen M&O in de ZVW, de aanvullende verzekering en de AWBZ-verzekering en tussen zaken met betrekking tot verzekerden en zorgaanbieders.

#. De concessiehouder/het zorgkantoor informeert niet structureel en aantoonbaar in procedures, periodiek overleg of schriftelijke managementinformatie het management van het zorgkantoor en zonodig het management van de concessiehouder over de opzet, voortgang, resultaten en vervolgacties van M&O-onderzoeken en -bestrijding.

## NR 9: BEVOORSCHOTTEN EN AFREKENEN MET INSTELLINGEN

### A. Bevoorschotting

**A.1** *Overeenkomstig de circulaire CVZ 05/30 over Bijstelling maandelijkse bevoorschotting moeten zorgkantoren de afspraken over de aanpassing van de bevoorschotting opnemen in de overeenkomsten die zij voor 2007 met de zorgaanbieders afsluiten.*

**Normering:**

#. Het zorgkantoor heeft in de nieuw afgesloten overeenkomsten voor 2007 afspraken opgenomen over de aanpassing van de bevoorschotting overeenkomstig circulaire CVZ 05/30.

#. Het zorgkantoor heeft hierover geen afspraken opgenomen in de overeenkomsten 2007.

**A.2** *Overeenkomstig de circulaire CVZ 04/70 over Bijstelling maandelijkse bevoorschotting moeten zorgkantoren de maandelijkse bevoorschotting aanpassen aan de gerealiseerde productie. Overeenkomstig de circulaire CVZ 05/30 mogen de zorgkantoren hierbij een bandbreedte hanteren van maximaal 10% van de aanvaardbare kosten. De circulaire 05/30 vormt een nadere uitwerking van de circulaire CVZ 04/70.*

**Normering:**

#. Het zorgkantoor analyseert maandelijks de verschillen tussen afspraak en gerealiseerde productie 2006 en past bij verschillen (die vallen buiten de gehanteerde bandbreedte van maximaal 10%) de maandelijkse bevoorschotting aan.

#. Het zorgkantoor analyseert maandelijks de verschillen tussen afspraak en gerealiseerde productie, maar past de bevoorschotting alleen aan als hier een gewijzigde productieafpraak aan ten grondslag ligt.

#. Al het andere.

### B. Nacalculaties

**B.1** *Het zorgkantoor moet over een adequate procedure beschikken om tijdig alle nacalculatiegegevens van de zorgaanbieders te ontvangen. Indien informatie niet of te laat wordt ontvangen moet tijdig actie worden ondernomen:*

**Normering:**

#. Het zorgkantoor hanteert een adequate procedure voor het tijdig ontvangen van nacalculatie-informatie van de zorgaanbieders. Dit blijkt onder andere uit het bijhouden van voortgangschema's, tijdige rappellering vanaf de indieningstermijn van de jaarstukken en gerichte acties bij notoire laatkomers, in de vorm van een gesprek met zorginstelling en aanpassing van productieafspraken.

#. De procedure die het zorgkantoor hanteert vertoont tekortkomingen, waardoor achterstanden bij het indienen van nacalculaties kunnen ontstaan.

#. Het zorgkantoor hanteert geen gerichte procedure om de tijdigheid van nacalculatie-informatie te bewaken en onderneemt nauwelijks acties op dit punt.

**B.2** Het zorgkantoor moet ook zelf over een adequate interne procedure beschikken zodat het de (tijdig) ontvangen nacalculatieformulieren van de zorgaanbieders ook tijdig intern verwerkt en dus zo waarborgt dat de nacalculatieformulieren tijdig ingediend worden bij de NZa.

**Normering:**

- #. Het zorgkantoor hanteert een adequate interne procedure voor het tijdig indienen van nacalculatieformulieren bij de NZa.
- #. De procedure die het zorgkantoor hanteert, vertoont tekortkomingen.
- #. Het zorgkantoor hanteert geen of geen adequate interne procedure.

**B.3** Het zorgkantoor moet tijdig de nacalculatieformulieren bij de NZa indienen. In de handleiding Uitvoeringsverslag staat een tabel Gegevens nacalculatie. Deze gegevens moeten per jaarlaag worden gespecificeerd. Bij het onderzoek staat de nacalculatie over het jaar 2005 centraal.

**Normering:**

- #. Het zorgkantoor heeft 85% tot 100% van de nacalculatieformulieren over 2005 per 31-12-2006 ingediend bij de NZa.
- #. Het zorgkantoor heeft 70% tot 85% van de nacalculatieformulieren over 2005 per 31-12-2006 ingediend bij de NZa.
- #. Het zorgkantoor heeft 0% tot 70% van de nacalculatieformulieren over 2005 per 31-12-2006 ingediend bij de NZa.

## NR 10: KLACHTENBEHANDELING

*Een goede klachtenbehandeling is in het kader van het algemeen consumentenbelang essentieel. Het indienen van een klacht is één van de weinige mogelijkheden die klanten hebben om verbeteringen te bewerkstelligen, omdat zij geen mogelijkheid hebben een ander zorgkantoor te kiezen en veelal geen mogelijkheid om een andere zorgaanbieder te kiezen. In het onderzoek van 2005 is vastgesteld dat bepalingen uit de AWb frequent niet werden nageleefd. Tijdens het onderzoek zijn de zorgkantoren geattendeerd op de noodzaak de AWb beter te volgen; begin september is dit schriftelijk bevestigd in de Handreiking klachtenbehandeling AWBZ, die aan de zorgkantoren gezonden is.*

*De basis voor de beoordeling is een deelwaarneming van vijftien à twintig concrete klachtendossiers; kennisname van de procedures zal veelal niet nodig zijn. Indien de procedures qua opzet en werking adequaat functioneren, zal dit blijken uit de concrete klachtendossiers. Indien minder dan vijftien klachten ontvangen zijn, wordt tevens kennisgenomen van de procedure en bezien of op basis daarvan een oordeel kan worden gegeven.*

*De in de periode januari 2006 tot en met april 2006 behandelde klachten worden met dezelfde mildheid als in 2005 beoordeeld, omdat de zorgkantoren destijds nog niet op de correcte naleving waren geweest.*

### **A. Naleving Algemene Wet bestuursrecht**

*Specifiek is hoofdstuk 9 van de Awb van belang.*

**A.1** De ontvangst van de klacht is schriftelijk bevestigd.

**A.2** Klagers zijn in de gelegenheid gesteld te worden gehoord.

**A.3** Klachten zijn binnen zes weken afgehandeld met de mogelijkheid tot verdaging voor ten hoogste vier weken.

**A.4** Aan de klager is een schriftelijke reactie op zijn klacht gezonden. Deze reactie bevat:

- de bevindingen van het onderzoek naar de klacht;
- het (gemotiveerde) oordeel van het zorgkantoor;
- de eventuele conclusies die daaraan verbonden worden;
- de bevindingen van het onderzoek zijn helder vermeld.

- Het gemotiveerde oordeel en de conclusie zijn helder vermeld.

**A.5.** In de schriftelijke reactie is gemeld dat de klager de mogelijkheid heeft om bij de Nationale Ombudsman een verzoekschrift in te dienen. Daarbij is aangegeven binnen welke termijn dat moet gebeuren.

**A.6.** Telefonische en mondelinge klachten worden behoorlijk behandeld. Klachten per e-mail worden als schriftelijke klachten behandeld.

- Dit blijkt uit de deelwaarneming van de klachtendossiers en/of
- Dit blijkt uit de schriftelijke procedures/werkinstructies.

**A.7.** Klachten over de kwaliteit van de zorg zijn in behandeling genomen. Indien dergelijke klachten niet in de deelwaarneming zitten: navragen dossiers buiten de deelwaarneming of anderszins kennis nemen van de procedures/werkinstructies/informatie aan klanten.

Doorzending aan de klachtencommissie van de zorgaanbieder is toegestaan, maar het zorgkantoor volgt de afwikkeling en is eindverantwoordelijk voor de behandeling van de klachten.

### **B. Klantvriendelijkheid**

In bijzondere gevallen worden klachten met voorrang behandeld.

**B.1** Er blijkt uit de klachtendossiers dat urgente gevallen nagenoeg altijd met voorrang/spoed worden behandeld.

Dit punt kan alleen worden toegekend indien in de klachtendossiers urgente gevallen worden aangetroffen danwel (indien geen urgente gevallen worden aangetroffen) indien de procedure

voorziet in een beoordeling van alle binnenkomende klachten op urgentie.

**B.2** Met klanten wordt telefonisch contact opgenomen om de uitkomsten van het onderzoek toe te lichten:

#. toelichting uitkomsten onderzoek.

**B.3** In de reactie naar de klant staat de klant centraal:

#. klant staat in zijn algemeenheid duidelijk centraal.

**C. Voorlichting**

#. Het zorgkantoor heeft informatie beschikbaar voor de klanten via folders en/of via internet:

#. De informatie in de folder is correct, helder en toegankelijk.

#. De informatie op internet is correct, helder en toegankelijk.

**D. Verbetermanagement**

*Zorgkantoren kunnen vaak meer lering trekken uit ontvangen klachten. Klanten krijgen wel gelijk na het indienen van een klacht, maar vervolgens leidt dit niet tot het aanpassen van werkwijzen of procedures. Feitelijk wordt er dus niets met de klacht gedaan.*

**D.1** Over onderwerpen waarover in 2005 werd geklaagd, werden in 2006 geen of duidelijk minder klachten ontvangen.

**D.2** Er zijn naar aanleiding van in 2006 ontvangen klachten concrete verbeteracties ondernomen.

#. Deze verbeteracties hebben aantoonbaar geleid tot verbeteringen, waardoor soortgelijke klachten in 2007 niet meer of in veel mindere mate zullen voorkomen.

## NR 11: EIGEN BIJDRAGEN

<p><b>A. Informatieverstrekking aan verzekerde</b></p> <p><i>Zorgkantoren zijn in hun regio in toenemende mate het aanspreekpunt voor vragen op het terrein van de uitvoering van de AWBZ. Het zorgkantoor levert de informatie over de aanspraken en de hoogte van de eigen bijdragen op adequate wijze, dat wil zeggen voldoende en begrijpelijk. Zorgkantoren moeten cliënten op een <u>actieve</u> wijze informeren door:</i></p> <p><i>a. het plaatsen van informatie over het eigen bijdrageproces op een internetsite of een ander toegankelijk medium;</i></p> <p><i>b. het verstrekken van folders over het eigen bijdrageproces op verzoek van de klant;</i></p> <p><i>c. het verstrekken van duidelijke informatie aan de klant voor wat betreft de aanspraken en de hoogte van de eigen bijdragen die de klant moet gaan betalen.</i></p> <p><b>Normering:</b>  <b>LET OP: AFWIJKENDE PUNTENTOEKENNING ('EN' ipv. 'OF')</b></p> <p>#. De concessiehouder voert a uit.</p> <p>#. De concessiehouder voert b uit.</p> <p>#. De concessiehouder voert c uit.</p>
<p><b>B. Juistheid oplegging</b></p> <p><i>Het gaat er om of voldoende waarborgen zijn getroffen om ervoor te zorgen dat de vastgestelde en opgelegde eigen bijdragen juist zijn berekend. Een zorgkantoor heeft verschillende mogelijkheden om hiervoor waarborgen te treffen. In het proces van het vaststellen en opleggen van eigen bijdragen kunnen, bijvoorbeeld met systeemcontroles of het uitvoeren van controles door andere medewerkers dan de behandelende medewerker op berekeningen, waarborgen ingebouwd worden die leiden tot juiste eigen bijdragen. Dit zijn de zogenaamde procesmatige waarborgen. Daarnaast moet achteraf, bijvoorbeeld met deelwaarnemingen van berekende eigen bijdragen gedurende het jaar, de juistheid van berekende eigen bijdragen vastgesteld worden. Indien enkel door middel van achterafcontroles de controle op de juistheid wordt uitgevoerd, ontbreekt de mogelijkheid om tijdig bij te sturen als tekortkomingen in het proces worden ontdekt.</i></p> <p><i>In de optimale situatie worden zowel vooraf als achteraf controles uitgevoerd waarbij de achterafcontroles met name bedoeld zijn om vast te stellen dat de procesmatige waarborgen gewerkt hebben. Achterafcontroles die enkel eenmalig na afloop van het jaar worden uitgevoerd, worden niet als voldoende beschouwd.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. Juistheid oplegging procesmatig voldoende gewaarborgd en achteraf voldoende gecontroleerd (<i>Toelichting</i>: uit in voldoende mate – minimaal twee keer per jaar een steekproef, dus niet alleen een rechtmatigheidscontrole na afloop van het jaar - uitgevoerde achterafcontroles zijn geen onvolkomenheden naar voren gekomen zodat ervan uitgegaan kan worden dat de getroffen procesmatige waarborgen, gewerkt hebben).</p> <p>#. Juistheid oplegging procesmatig voldoende gewaarborgd, maar achteraf niet minimaal twee keer per jaar door middel van een steekproef (=onvoldoende) gecontroleerd <i>Toelichting</i>: in opzet zijn voldoende waarborgen getroffen om te zorgen dat de juistheid van de berekende eigen bijdragen gewaarborgd is, maar dit is in onvoldoende mate door middel van achterafcontroles vastgesteld bijvoorbeeld aangetoond met behulp van EDP-onderzoek gericht op inrichting systeem, maar niet op werking.</p> <p>#. Juistheid oplegging in beperkte mate procesmatig gewaarborgd, maar achteraf voldoende gecontroleerd. <i>Toelichting</i>: uit de achteraf uitgevoerde controles blijken tekortkomingen in de vooraf getroffen procesmatige waarborgen. De uitgevoerde achterafcontroles zijn echter in voldoende mate uitgevoerd, zodat een uitspraak gedaan kan worden over de juistheid van de totaal opgelegde eigen bijdragen. Voorbeeld: uit de controles achteraf blijken veel fouten in de opgelegde eigen</p>

<p>bijdragen die veroorzaakt lijken te zijn door het niet in voldoende mate functioneren van de procesmatige waarborgen, bijvoorbeeld systeemfoutberekeningen, maar door de deelwaarnemingen kan de totale fout bepaald worden.</p> <p>#. Juistheid oplegging in beperkte mate procesmatig gewaarborgd en achteraf onvoldoende gecontroleerd. <i>Toelichting:</i> niet in voldoende mate uitgevoerde achterafcontroles, zodat geen uitspraak gedaan kan worden over de totale fout in de juistheid van de totaal opgelegde eigen bijdragen. Uit de achterafcontroles of andere signalen blijkt dat tekortkomingen in de procesmatige waarborgen voorkomen.</p>
<p><b>C. Tijdigheid oplegging</b></p>
<p><i>Boer &amp; Croon schatte in 2004 als realistische opleggingstermijn een periode van 8-10 weken. Net als bij verantwoordingsjaar 2005 wordt de norm in 2006 op 10 weken (70 dagen) gesteld.</i></p> <p><b>Normering:</b>  VE 06: de gemiddelde doorlooptijd in kalenderdagen tussen ingaan zorgverlening en oplegging van definitieve, lage of hoge, eigen bijdrage:  # ... is 70 dagen of korter  # ... ligt tussen de 70 en 100 dagen  # ... ligt tussen de 100 en 130 dagen  # ... is langer dan 130 dagen</p>
<p><b>D. Volledigheid oplegging</b></p>
<p><i>Het gaat erom of voldoende maatregelen zijn getroffen om ervoor te zorgen dat alle op te leggen eigen bijdragen volledig zijn opgelegd en verantwoord. Een zorgkantoor heeft verschillende mogelijkheden om hiervoor waarborgen te treffen. Procesmatig kunnen waarborgen getroffen worden om te bewaken dat alle cliënten die een eigen bijdrage verschuldigd zijn, ook een eigen bijdrage opgelegd krijgen. Het is mogelijk een signaalfunctie in het systeem op te nemen die regelmatig signaleert of aan alle bijdrageplichtigen die in de administratie zijn opgenomen een eigen bijdrage is opgelegd. Verder kan de berekening van de op te leggen eigen bijdrage volledig geautomatiseerd worden uitgevoerd en dus door systeemcontroles worden bewaakt. Daarnaast moet bijvoorbeeld door middel van een afstemming van de eigen bijdragen-administratie van het zorgkantoor en AZR periodiek achteraf vastgesteld worden dat alle bijdrageplichtigen een eigen bijdrage betalen.</i></p> <p><b>Normering:</b>  #. De volledigheid van oplegging wordt procesmatig gewaarborgd <u>en</u> periodiek achteraf gecontroleerd en vastgesteld. <i>Toelichting:</i> het zorgkantoor heeft procesmatig voldoende waarborgen getroffen (bijvoorbeeld de bovengenoemde) en heeft door middel van achterafcontroles aangetoond dat geen reden bestaat te vermoeden dat de in het proces getroffen maatregelen niet voldoen.  #. De volledigheid van oplegging wordt procesmatig gewaarborgd <u>of</u> periodiek achteraf gecontroleerd en vastgesteld. <i>Toelichting:</i> het zorgkantoor heeft de volledigheid van de eigen bijdragen in het proces voldoende gewaarborgd - dit blijkt bijvoorbeeld uit een EDP-rapport - of het zorgkantoor heeft achteraf voldoende controles uitgevoerd waarvan de uitkomsten geen aanleiding gaven te vermoeden dat de verantwoorde eigen bijdragen niet volledig waren, dan wel de uitkomsten van de controles hebben geleid tot aanpassingen in de verantwoorde eigen bijdragen zodat de verantwoorde eigen bijdragen nu een volledig beeld geven.  #. De volledigheid van oplegging wordt niet procesmatig gewaarborgd of periodiek achteraf gecontroleerd en vastgesteld. <i>Toelichting:</i> door het zorgkantoor worden geen controles uitgevoerd gericht op het vaststellen van de volledigheid van de op te leggen eigen bijdrages. Zowel niet in het proces voorafgaand aan de oplegging als achteraf na het opleggen van de bijdragen)</p>
<p><b>E. Volledigheid inning eigen bijdragen</b></p>
<p><i>Het percentage van de opgelegde eigen bijdragen dat zorgkantoren zelf -</i></p>

*nevenincasso - nog moeten innen aan het eind van het jaar mag niet meer zijn dan ongeveer 1/12 jaar (8%). Omdat de oplegging van eigen bijdragen volgens een maandelijke cyclus verloopt, hanteert de NZa een termijn van 1 maand ofwel 8%. Indien incasso van de eigen bijdrage door het zorgkantoor halverwege de maand plaatsvindt, geldt de termijn vanaf dat moment. Alsdan veranderen de normen in: <12%, 12%-20% en 20% en hoger.*

**DE SCORE OP DIT TOETSPUNT WORDT CENTRAAL AANGELEVERD!**

**Normering:**

Het % te innen eigen bijdragen (nevenincasso) ultimo 2006 van de in 2006 opgelegde eigen bijdragen:

- #. .... is 8% of lager
- #. .... ligt tussen de 8% en 16%
- #. .... is 16% of hoger

Afboekingen hoger dan 1% (CBO COT) en/of incassoprocedure vertoont:

- #. .... geen gebreken
- #. .... duidelijke gebreken



## NR 12: ADMINISTRATIEVE ORGANISATIE EN INTERNE CONTROLE EN MANAGEMENTINFORMATIE

<p><b>A. Kwaliteit administratie en controlestructuur</b></p>
<p><b>A.1 Robuustheid AO/IC</b></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De AO/IC is qua opzet en werking zodanig robuust dat de externe accountant grotendeels systeemgericht kan controleren.</p> <p>#. De AO/IC is qua opzet en werking niet zodanig robuust dat de externe accountant grotendeels systeemgericht kan controleren.</p> <p><b>A.2 Volledigheid en actualiteit van de vastlegging en beschrijving van de opzet van de AO/IC. Dit betreft met name de aanwezigheid van actuele controleplannen, werkinstructies en procedurebeschrijvingen. Het zorgkantoor moet hierbij de Regeling Administratie en Controle Uitvoeringsorganen AWBZ in acht nemen.</b></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De vastlegging en beschrijving van de AO/IC is volledig en actueel.</p> <p>#. De AO/IC is voldoende beschreven maar niet actueel, of de AO/IC is actueel beschreven maar niet volledig.</p> <p>#. De vastlegging en beschrijving van de AO/IC is onvolledig en niet actueel.</p> <p><b>A.3 Controles worden volledig - in voldoende mate -, en juist - op een voldoende gestructureerde wijze - uitgevoerd. Dit betreft zowel geprogrammeerde controles in geautomatiseerde systemen als overige controles, achteraf en handmatig.</b></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. Het zorgkantoor voert voldoende controles op een systematische wijze uit.</p> <p>#. Het zorgkantoor voert voldoende controles uit, maar niet op een systematische wijze.</p> <p>#. Het zorgkantoor voert in beperkte mate controles uit.</p> <p><b>A.4 Uitgevoerde controles worden structureel vastgelegd en de continue goede werking van de AO/IC is voldoende transparant aangetoond.</b></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. Het zorgkantoor heeft de resultaten van de uitgevoerde controles en de continue goede werking van de AO/IC structureel en transparant vastgelegd.</p> <p>#. Het zorgkantoor heeft de resultaten van de uitgevoerde controles vastgelegd, maar heeft de continue werking van de AO/IC onvoldoende transparant aangetoond.</p> <p>#. Het zorgkantoor heeft de resultaten van de uitgevoerde controles niet structureel vastgelegd, zodat de continue goede werking van de AO/IC niet kan worden aangetoond.</p>
<p><b>B. Implementatie wet- en regelgeving</b></p> <p><i>Implementatie van (wijzigingen) in de relevante wet/regelgeving in handboeken, richtlijnen en procedurebeschrijvingen.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <p>#. De implementatie geeft geen aanleiding tot het maken van opmerkingen;</p> <p>#. De implementatie vertoont enkele, maar niet essentiële tekortkomingen;</p> <p>#. Het zorgkantoor heeft niet tot nauwelijks maatregelen getroffen voor de juiste en tijdige implementatie van (wijzigingen) in wet- en regelgeving.</p>
<p><b>C. Kwaliteit informatievoorziening</b></p>

*Beoordeling van de kwaliteit en volledigheid van de interne informatievoorziening voor de besluitvorming en verantwoording.*

**C.1 Managementinformatie over beheerskosten AWBZ.**

**Normering:**

De directie van de concessiehouder ontvangt maandelijks of elk kwartaal managementinformatie met betrekking tot de beheerskosten AWBZ:

- #. Deze informatie is van goede kwaliteit.
- #. Deze informatie is van voldoende kwaliteit.
- #. Deze informatie is van onvoldoende kwaliteit /of er is geen informatie.

**C.2 Managementinformatie over de zorguitgaven**

**Normering:**

De directie van de concessiehouder ontvangt maandelijks of elk kwartaal managementinformatie met betrekking tot de zorguitgaven.

- #. Deze informatie bevat een vergelijking van de zorguitgaven met de beschikbare budgetten.
- #. Er is geen informatie of de informatie bevat geen vergelijking met de budgetten.

**C.3 Managementinformatie met betrekking tot de dienstverlening aan consumenten**

**Normering:**

De directie van de concessiehouder ontvangt maandelijks of elk kwartaal managementinformatie met betrekking tot:

- #. – De telefonische bereikbaarheid van de zorgkantoren;
- #. – Eventuele wachtlijsten.

**C.4 Managementinformatie over de kwaliteit van de werking van het systeem van interne beheersing.**

**Normering:**

- #. De directie van de concessiehouder ontvangt maandelijks of elk kwartaal managementinformatie over de kwaliteit van de werking van het systeem van interne beheersing.
- #. De directie van de concessiehouder ontvangt halfjaarlijks managementinformatie over de kwaliteit van de werking van het systeem van interne beheersing.
- #. Indien er geen of alleen jaarlijks managementinformatie wordt ontvangen.

**D. Kwaliteit automatisering**

**D.1 Beschikbaarheid en continuïteit van de geautomatiseerde systemen van het zorgkantoor. Dit betreft onder meer back-up/recovery procedures, onderhoud, documentatie, calamiteitenplan/uitwijkfaciliteiten.**

**Normering:**

- #. Het zorgkantoor heeft voldoende maatregelen getroffen voor de beschikbaarheid en continuïteit.
- #. Het zorgkantoor heeft maatregelen getroffen, maar die vertonen op onderdelen tekortkomingen.
- #. Het zorgkantoor heeft niet of nauwelijks maatregelen getroffen voor de beschikbaarheid en continuïteit.

**D.2** *Getroffen maatregelen ten aanzien van de logische toegangsbeveiliging, waaronder autorisatieprocedures, functiescheiding, user-id's, tabel- en passwordbeheer, en de betrouwbaarheid van de geautomatiseerde systemen.*

**Normering:**

- #. Het zorgkantoor heeft voldoende maatregelen getroffen voor de toegangsbeveiliging en de betrouwbaarheid.
- #. Het zorgkantoor heeft maatregelen getroffen, maar die vertonen op onderdelen tekortkomingen.
- #. Het zorgkantoor heeft niet of nauwelijks maatregelen getroffen voor de toegangsbeveiliging en de betrouwbaarheid.



## NR 13: KWALITEIT

### VERANTWOORDINGSINFORMATIE

<p><b>A. Verantwoording follow-up 2005</b></p> <p><i>Beoordeel of het zorgkantoor zich in voldoende mate heeft verantwoord in het Uitvoeringsverslag en/of de financiële verantwoording over de gevraagde verbeteringen in de uitvoering van de AWBZ. Dit geldt in het bijzonder voor de in de NZa-rapporten opgelegde aanwijzingen.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>#. Het zorgkantoor heeft zich voldoende verantwoord over de gevraagde verbeteringen.</li> <li>#. Het zorgkantoor heeft zich beperkt verantwoord over de gevraagde verbeteringen.</li> <li>#. Het zorgkantoor heeft zich niet verantwoord over de gevraagde verbeteringen.</li> </ul>
<p><b>B. Kwaliteit van het uitvoeringsverslag</b></p> <p><i>Volledigheid van de kengetallen en prestatie-indicatoren.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>#. Het zorgkantoor heeft meer dan 90% van de kengetallen en prestatie-indicatoren ingevuld.</li> <li>#. Het zorgkantoor heeft tussen de 50% en 90% van de kengetallen en prestatie-indicatoren ingevuld.</li> <li>#. Het zorgkantoor heeft in het uitvoeringsverslag minder dan 50% van de kengetallen en prestatie-indicatoren ingevuld.</li> </ul> <p><i>Volledigheid behandelde onderwerpen. Stel voor de onderwerpen die onderdeel vormen van dit werkprogramma en waarvoor informatie is uitgevraagd via de Handleiding UV vast of deze volledig zijn behandeld.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>#. Alle onderwerpen zijn volledig behandeld.</li> <li>#. De onderwerpen zijn op een beperkt aantal onderdelen niet volledig behandeld of een beperkt aantal onderwerpen is niet behandeld.</li> <li>#. De meeste onderwerpen zijn niet volledig behandeld.</li> </ul>
<p><b>C. Kwaliteit van de financiële verantwoording</b></p> <p><i>Diepgang bestuurlijke verantwoording overeenkomstig de Handleiding FV.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>#. De bestuurlijke verantwoording in de financiële verantwoording heeft op alle aspecten een goede diepgang.</li> <li>#. De bestuurlijke verantwoording heeft niet op alle aspecten genoeg diepgang.</li> <li>#. De bestuurlijke verantwoording heeft niet tot nauwelijks diepgang.</li> </ul> <p><i>Volledigheid van de financiële verantwoording overeenkomstig de Handleiding FV.</i></p> <p><b>Normering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>#. De financiële verantwoording is volledig.</li> <li>#. De financiële verantwoording is op een beperkt aantal onderdelen niet volledig.</li> <li>#. De financiële verantwoording is grotendeels onvolledig.</li> </ul>

<b>D. Randvoorwaarden</b>
<i>Bestuursverklaring bij het uitvoeringsverslag,</i> <b>Normering:</b> #. Er is een getekende bestuursverklaring aanwezig. #. Er is geen getekende bestuursverklaring aanwezig.
<i>Tijdigheid van de verantwoordingsdocumenten 2006.</i> <b>Normering:</b> #. Alle documenten zijn uiterlijk 30 juni 2007 ontvangen. #. Eén of meer documenten zijn na 30 juni 2007 ontvangen.

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11  
E [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)  
I [www.nza.nl](http://www.nza.nl)