



Nederlandse
Zorgautoriteit

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Uw brief van
4 oktober 2012

Uw kenmerk
CZ-3133731

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk
30885/38515

Onderwerp
Vervolg "Europsyche", tussenrapportage

Datum
14 februari 2013

Geachte heer H.,

In uw brief van 4 oktober 2012 heeft u de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht onderzoek te doen naar de aanvullende polisvoorwaarden die verzekeraars¹ hebben gesteld in het kader van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Daarnaast heeft u ons gevraagd ongewenste constructies bij zorgaanbieders in de GGZ te onderzoeken. Dit als vervolg op onze brief van 20 juni 2012, waarin we de bevindingen van NZa naar aanleiding van de casus Europsyche hebben beschreven. In deze brief beschrijven wij de stand van zaken in ons onderzoek, de belangrijkste conclusies tot nu toe en het vervolg.

Doel onderzoek NZa

Het onderzoek van de NZa richt zich op vier onderdelen, namelijk de ruimte die de regelgeving laat voor onjuiste declaraties, de wijze waarop verzekeraars in hun polisvoorwaarden regels hebben gesteld, het declaratiegedrag van bepaalde zorgaanbieders en de controles daarop van verzekeraars. Het voorkomen van onjuiste declaraties en daarmee het voorkomen van onnodig hoge kosten voor de GGZ, is het uiteindelijke doel. Hiertoe wordt gekeken naar de regels, naar de aanbieders en naar de verzekeraars.

Belangrijkste conclusies tot nu toe

De regelgeving biedt nu teveel ruimte om onjuiste declaraties in te dienen en vergoed te krijgen. In het bijzonder zijn er geen beperkingen voor de toelating van instellingen. De regels voor wie diagnoses mag stellen (de hoofdbehandelaar) zijn niet scherp. De regels over privacy zijn sterk beperkend voor de controle mogelijkheden. De declaratieregels kennen veel vrijheidsgraden en de grenzen van het verzekerde pakket zijn niet duidelijk afgebakend. NZa deelt op al deze punten haar kennis met andere regelgevers zoals VWS, CVZ en IGZ, die net als de NZa bezig zijn de regelgeving te verbeteren.

¹ Onder 'Verzekeraar' wordt hier 'zorgverzekeraar' of 'ziekttekostenverzekeraar' verstaan.

De polisvoorwaarden van verzekeraars stellen enige grenzen. De (formele) controles van verzekeraars worden echter beperkt door de regels over privacy, door de wijze waarop aanbieders plegen te administreren en door hun eigen beperkte inzet, positieve uitzonderingen zoals CZ in het dossier Europsyche daargelaten.

Kenmerk
30885/38515

Pagina
2 van 7

Van de drie onderzochte aanbieders is duidelijk dat zij allen een nauwelijks te controleren administratie voeren. Verder loopt het onderzoek nog naar de vraag of ook daadwerkelijk onjuiste declaraties zijn ingediend en vergoed. Dat kost veel tijd, want het onderzoek aan dergelijke administraties, waarbij bovendien veel medische gegevens betrokken zijn, vergt veel zorgvuldigheid en inzet.

Vooruitblik

De NZa zal bij gebleken overtredingen van de wet in de onderzochte gevallen maatregelen opleggen. Het is in dit stadium nog te vroeg om te beslissen of en zo ja, welke maatregelen worden opgelegd. Wij verwachten de onderzoeken halverwege 2013 af te ronden. De uitkomsten zullen in de tweede helft van 2013 kunnen leiden tot sancties. Gedurende het gehele jaar zal de NZa met haar opgedane kennis regelgevers en marktpartijen bewegen om onjuiste declaraties en onterechte uitbetalingen tegen te gaan. Eind 2013 maakt de NZa een afsluitende rapportage.

De NZa scherpt haar declaratiebepalingen aan. Voor 2013 geldt al de voorwaarde van direct-gebonden tijd; of te wel de hoofdbehandelaar moet altijd een direct contact hebben gehad met de patiënt.

Voor 2014 staan mogelijke verdere aanscherpingen van de declaratiebepalingen op de agenda van de NZa. Hierover spreekt de NZa nu verschillende partijen in het veld.

Het onderzoek

Hieronder lichten we toe hoe de onderzoeken naar het gedrag van aanbieders en verzekeraars tot nu toe zijn verlopen, voor zover dat gelet op het belang van het onderzoek mogelijk is. Daarbij gaat de NZa in de eerste paragraaf op het onderzoek naar de polisvoorwaarden, in de tweede paragraaf op de controles door verzekeraars en in de derde paragraaf op de onderzochte aanbieders in.

1) Polisvoorwaarden

Polisvoorwaarden en de casus Europsyche

De NZa stelt voorwaarden aan het declareren van zorg door zorgaanbieders binnen de op genezing gerichte (curatieve) tweedelijns GGZ (hierna: tweedelijns cGGZ), zoals Europsyche. Deze voorwaarden zijn opgenomen in de Nadere Regel 'Declaratiebepalingen curatieve GGZ'² en het bijbehorende document 'Spelregels DBC GGZ'.³ Verzekerden hebben aanspraak op (de vergoeding van kosten van) tweedelijns cGGZ. Verzekeraars hebben daarnaast de ruimte om in de

² Voor 2012 geldt NR/CU-516, voor 2013 geldt NR/CU-524.

³ Spelregels RG12a DBC-registratie ggz, Versie 20110901. Ingangsdatum: 1 januari 2012.

polisvoorwaarden aanvullende eisen te stellen aan het vergoeden van kosten van tweedelijns cGGZ.

Kenmerk
30885/38515

Pagina
3 van 7

Zo bepalen de polisvoorwaarden 2012 van ziektekostenverzekeraar CZ dat psychotherapie dient te worden verleend door een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut, klinisch psycholoog of instelling voor medisch specialistische zorg. Indien niet aan deze voorwaarden wordt voldaan, behoeven de zorgkosten niet te worden vergoed aan de verzekerde.

De polisvoorwaarden stellen in het algemeen eisen aan het hoofdbehandelaarschap. Bij bepaalde verzekeraars is dit beperkt tot psychiaters en klinisch psychologen, bij andere kan ook een psychotherapeut hoofdbehandelaar zijn.

Verzekeraars zijn wettelijk verplicht de rechtmatigheid en doelmatigheid van declaraties te controleren. Zo behoort steeds formele controle plaats te vinden en als daar aanleiding toe is, ook nadere (materiële) controle. Uit het onderzoek dat CZ uitvoerde bij Europsyche bleek dat het merendeel van de declaraties niet voldeed aan bovengenoemde voorwaarden. Daartoe besloot CZ ingediende declaraties van Europsyche niet meer te vergoeden.

Het is echter niet verplicht om dergelijke aanvullende voorwaarden op te nemen in de polisvoorwaarden. Zodoende is onderzocht in hoeverre andere verzekeraars vergelijkbare aanvullende voorwaarden stellen aan het vergoeden van tweedelijns cGGZ.

Opzet onderzoek aanvullende polisvoorwaarden tweedelijns cGGZ

De NZa heeft bij negen verzekeraars⁴ een informatievordering op basis van artikel 61 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) gedaan.

Het doel van deze informatievordering is drieledig:

1. Het verkrijgen van inzicht in de eventuele aanvullende voorwaarden die verzekeraars stellen aan de vergoeding van kosten voor tweedelijns cGGZ in de polisvoorwaarden.

Daartoe is een overzicht van polisvoorwaarden door de NZa opgesteld en door de verzekeraars zelf gecontroleerd en waar nodig gecorrigeerd.

2. Het verkrijgen van inzicht in de mate waarin verzekeraars handhavend optreden als blijkt dat niet aan de gestelde aanvullende polisvoorwaarden is voldaan.

Daartoe is door de NZa een vragenlijst opgesteld, die door de verzekeraars is ingevuld.

⁴ Met hun verschillende labels omvatten deze 9 verzekeraars de gehele ziektekostenverzekeringsmarkt.

3. Het verkrijgen van inzicht in knelpunten die verzekeraars bij controles en handhaving ervaren.

Kenmerk
30885/38515

Pagina
4 van 7

Resultaten onderzoek aanvullende polisvoorwaarden tweedelijns cGGZ

Alle verzekeraars specificeren in hun polisvoorwaarden welk type (hoofd)behandelaar of instelling specialistische zorg kan leveren. Daarbij wordt, met uitzondering van ENO, een onderscheid gemaakt tussen klinische en niet-klinische behandeling.

In het geval van niet-klinische zorg vereisen alle verzekeraars dat een psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut of GGZ-instelling de tweedelijns cGGZ levert. ASR wijst de klinisch psycholoog echter niet aan als behandelaar.

CZ stelt als enige verzekeraar de aanvullende eis dat een psychiater of zenuwarts (bij psychotherapie ook psychotherapeut of klinisch psycholoog) moet hebben vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

2) Controles

Resultaten onderzoek controle door verzekeraars

De NZa heeft verzekeraars gevraagd naar het aantal ingestelde nadere onderzoeken (materiële controle) op aanvullende voorwaarden vanaf het jaar dat deze polisvoorwaarden worden gehanteerd door de betreffende verzekeraar. In de helft van de materiële controles betreft dit 2012, de overige helft betreft de periode 2009 tot en met 2012. In Nederland zijn in 2012 ongeveer 3.000 zorgaanbieders actief in de tweedelijns cGGZ.

Het aantal materiële controles dat is uitgevoerd in verband met aanvullende voorwaarde over 'de behandelaar' varieert van 0 tot 80 per verzekeraar. Ook het aantal materiële controles in verband met zorg die buiten de basisverzekering valt, varieert van 0 tot 80 controles. In totaal zijn ongeveer 120 individuele zorgaanbieders over de aanvullende voorwaarde over de behandelaar en/of 'uitsluiting aanspraak' nader onderzocht. Logischerwijs zitten hierin dubbeltellingen, omdat verschillende verzekeraars dezelfde zorgaanbieders hebben onderzocht. De onderzoeken hebben geresulteerd in zo'n 1.000 afgewezen declaraties. De variatie ligt hierbij tussen 1 en 350 afwijzingen per verzekeraar.

Binnen de groep van 1.000 afgewezen declaraties ging dit bij 51 declaraties over prestaties die niet behoren tot de basisverzekering. Dit gebeurde door 3 verzekeraars bij in totaal 5 zorgaanbieders.

Op de 1.000 afgewezen declaraties zijn de volgende acties ondernomen. Zes verzekeraars gingen over tot terugvordering van de declaratie (variatie: 1 - 440 declaraties). Twee verzekeraars gingen over tot openbaarmaking van de terugvordering (1 - 3 gevallen). Drie verzekeraars boden de betreffende zorgaanbieders geen of geen nieuw contract aan (3 - 26 zorgaanbieders).

Vijf verzekeraars melden dat gegevens nog kunnen veranderen nu er nog lopende onderzoeken zijn.

Een verzekeraar geeft aan dat een Europsyche-achtige constructie moeilijk te controleren is. In het onderzoek dat de NZa uitvoert naar zorgaanbieders is dit signaal tevens door verzekeraars afgegeven. Voor declaraties in de zorg is een 'AGB-code' (Algemeen GegevensBeheer Zorgverleners-code) vereist. Wanneer de zorgaanbieder niet declareert op de AGB-code van de behandelaar, maar gebruik maakt van de AGB-code van een instelling is het voor verzekeraars moeilijk te controleren of is voldaan aan de aanvullende voorwaarde met betrekking tot die behandelaar.

Kenmerk
30885/38515

Pagina
5 van 7

Voor de aanvraag van een AGB-code als Europsyche-achtige instelling is een WTZI-registratie vereist. De relatieve eenvoud waarmee nieuwe, niet-gecontracteerde aanbieders een zogeheten WTZI-registratie verkrijgen is dan ook een aandachtspunt. Deze is bijzonder eenvoudig te verkrijgen met het invullen van een formulier. De WTZI-toets heeft daarmee weinig waarde en de controlemogelijkheid van verzekeraars en overheden wordt met toekenning van een WTZI-registratie wel aanzienlijk beperkt. Zwaardere controle aan 'de poort' lijkt gerechtvaardigd.

Deze controle kan ook worden ingericht als onderdeel van het proces van contracteren tussen zorgaanbieder en verzekeraar. Om deze vorm van controle aan 'de poort' in alle gevallen mogelijk te maken is het nodig om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet aan te passen, zodat enkel een verplichting tot vergoeding van basiszorg bestaat als er een contract is. Als een zorgaanbieder niet voldoet aan de eisen die een verzekeraar stelt, komt geen contract tot stand.

Daarnaast licht een verzekeraar toe dat materiële controle wordt bemoeilijkt door opgeworpen privacy bezwaren en een beroep op het medisch geheim door de gecontroleerde zorgaanbieder. Gelet op hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekeringswet en de Gedragscode Persoonsgegevens Verzekeraars met bijbehorend Protocol Materiële Controle kunnen deze argumenten echter niet aan materiële controle in de weg staan. Indien de verzekeraar voldoet aan de in de Regeling en Gedragscode opgenomen vereisten, is de zorgaanbieder verplicht mee te werken aan het onderzoek. Bovendien vormt het medisch beroepsgeheim geen belemmering bij het verstrekken van de voor materiële controle noodzakelijke persoonsgegevens.

Conclusie onderzoek verzekeraars

Alle verzekeraars stellen in hun aanvullende polisvoorwaarden voor de vergoeding van tweedelijns cGGZ eisen aan het type behandelaar dat deze zorg levert. Hierop wordt door de verzekeraars ook gecontroleerd. Controle wordt echter bemoeilijkt wanneer zorgaanbieders bij hun declaraties gebruik maken van AGB- instellingscodes. Daarbij lijkt zwaardere controle aan 'de poort' gerechtvaardigd om onjuist declareren tegen te gaan.

3) Onderzoek bij zorgaanbieders

Onderzoek zorgaanbieders tweedelijns cGGZ en verzekeraars

Naar aanleiding van de casus Europsyche heeft de NZa een vervolgonderzoek ingesteld. Daartoe zijn meerdere aanbieders van tweedelijns cGGZ geselecteerd.

Deze selectie is gemaakt met behulp van signalen waardoor het vermoeden is gerezen dat door deze zorgaanbieders:

- Prestaties in rekening zijn gebracht die (deels) niet zijn uitgevoerd; en/of
- Diagnose behandel combinaties (dbc's) zijn geopend door niet daartoe bevoegde behandelaren; en/of
- Geen administratie is gevoerd die voldoet aan de eisen van artikel 36 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Het doel van deze onderzoeken bij zorgaanbieders is tweeledig:

1. Nagaan of is gedeclareerd conform de tarief en/of prestatiebeschikkingen (artikel 35, eerste lid Wmg);
2. Nagaan of de administratie voldoet aan de eisen (artikel 36 Wmg).

Om dergelijke overtredingen te kunnen vaststellen heeft de NZa inzage gevorderd in de fysieke en digitale administratie van de betreffende zorgaanbieders, vooral in de zakelijke gegevens en bescheiden die betrekking hebben op uitgevoerde of geleverde prestaties en de daarmee samenhangende facturatie op cliëntniveau. Het voorgaande brengt mee dat de NZa ook inzage heeft gevorderd in bijzondere persoonsgegevens (te weten medische dossiers).

De dossiers bleken moeilijk toegankelijk doordat de zorgaanbieders gebruik maakten van combinaties van fysieke en diverse digitale administratiesystemen, die niet gekoppeld zijn. Het bleek onmogelijk in alle onderzoeken om simpelweg het dossier per betrokken cliënt in te zien. Een dergelijke vorm van controleerbaarheid kennen de administraties niet. Dit bemoeilijkt controles op dat niveau aanzienlijk. Deels komt dit waarschijnlijk doordat de gedeclareerde zorg slechts beperkt is geleverd en de dossiers verder fictief zijn. Ook kan dit komen doordat controleerbaarheid niet als vereiste is gesteld bij het opbouwen van de administratie. In onze eindrapportage zullen we hierop terug komen.

Nadat uit de diverse delen van administraties controleerbare dossiers zijn samengevoegd, zijn toezichthouders deze gaan controleren. Daarnaast zijn er voor dit onderzoek drie externe en onafhankelijke psychiaters als adviseurs ingeschakeld. Zij beoordelen de dossiers inhoudelijk op de volgende aandachtspunten:

1. Zijn de gedeclareerde prestaties volledig uitgevoerd?
2. Is de juiste prestatie gedeclareerd?
3. Is de diagnose gesteld door een daartoe bevoegde behandelaar?
4. Is de administratie juist gevoerd?

Kenmerk
30885/38515

Pagina
6 van 7

5. Is de zorg die gedeclareerd is ook verzekerde zorg volgens het basispakket?

Kenmerk
30885/38515

Pagina
7 van 7

De NZa heeft verder van personen en bestuurders werkzaam bij de geselecteerde zorgaanbieders verklaringen afgenomen. Indien hiervoor aanleiding bestaat kunnen in een later stadium aanvullende verklaringen worden gevraagd of andere betrokkenen worden gehoord. In het belang van het onderzoek kunnen wij niet verder in detail ingaan op deze zaken.

Samenwerking

Gedurende het onderzoek werkt de NZa nauw samen met de IGZ, de Inspectie SZW en het Openbaar Ministerie om te komen tot een optimale aanpak. Bovendien leiden de bevindingen uit de onderzoeken tot aanbevelingen en adviezen voor te wijzigen regelgeving, zoals aan het CVZ over het Pakketadvies (afbakening basispakket), aan IGZ over de invulling van het begrip 'hoofdbehandelaar', aan het ministerie van VWS over de controlemogelijkheden (bijvoorbeeld aan de poort) en aan de NZa zelf, over de declaratieregelgeving.

Waar mogelijk werken wij met verzekeraars samen, zodat wij de fraude samen effectief kunnen aanpakken. De informatie die in dit onderzoek naar voren komt kan echter ook gebruikt worden richting de verzekeraars zelf. Zij hebben in het declaratieproces immers een wettelijk verplichte controlerende rol op rechtmatigheid van de declaraties. Mochten zij die onvoldoende hebben vervuld, dan worden zij daarop aangesproken.

Mogelijke maatregelen

Het toezichtsonderzoek is nog gaande. Als uit de dossiers blijkt dat er sprake is van een overtreding, overweegt de NZa handhavingsmaatregelen. De NZa kan de zorgaanbieders en de verzekeraars en haar bestuurder(s) een aanwijzing, een last onder dwangsom en/of een bestuurlijke boete opleggen. Daarbij kan de NZa overgaan tot publicatie met naam en toenaam van de overtreder.

De NZa onderzoekt momenteel ook hoe de declaratiebepalingen kunnen worden verduidelijkt. Deze verduidelijkte bepalingen zullen dan in 2014 in werking treden.

Met deze tussenrapportage hebben wij u geïnformeerd over onze onderzoeken. Eventuele maatregelen volgen gedurende het jaar. Eind van het jaar verwachten wij het onderzoek af te ronden en zullen wij u informeren met een eindrapport.

Hopende u voldoende te hebben geïnformeerd,

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit,


dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur/ plv. voorzitter