

**Samenvattend rapport**

# **Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2012**

Vereveningsonderzoek en compensatie eigen  
risico (CER)



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>15</b>
1.1 Doelstelling rapport	15
1.2 Toezichtskader	15
1.3 Object van onderzoek	17
1.4 Openbaarmaking performance indicatoren	17
1.5 Maatregelen NZa	18
1.6 Effecten van toezicht	19
1.7 Leeswijzer	20
<b>2. Prestatiemeting Zvw 2012</b>	<b>21</b>
2.1 Uitkomsten	21
2.2 Belangrijkste conclusies	22
<b>3. Materiële controles</b>	<b>23</b>
3.1 Inleiding	23
<b>4. Misbruik en oneigenlijk gebruik (m&amp;o)</b>	<b>29</b>
4.1 Inleiding	29
4.2 Bevindingen m&o	29
4.3 Conclusie m&o	34
<b>5. Gepast gebruik</b>	<b>35</b>
5.1 Inleiding	35
5.2 Bevindingen	37
5.3 Conclusie	39
<b>6. Formele controles</b>	<b>41</b>
6.1 Inleiding	41
6.2 Bevindingen	41
6.3 Conclusies	44
<b>7. Structurele maatregelen wanbetalers</b>	<b>45</b>
7.1 Inleiding	45
7.2 Bevindingen	45
7.3 Conclusie	46
<b>8. Financiële opgaven</b>	<b>47</b>
8.1 Tijdigheid aanlevering	47
8.2 Jaarstaat A: kosten van prestaties	47
8.2.1 Inleiding	47
8.2.2 Controleverklaring met beperking	47
8.2.3 Bevindingen	48
8.2.4 Conclusie	50
8.3 Opgave betalingsachterstanden	50
8.3.1 Inleiding	50
8.3.2 Bevindingen	50
8.3.3 Conclusie	51
8.4 Opgaven verzekerden	51
8.4.1 Inleiding	51
8.4.2 Bevindingen	51
8.5 Conclusie	51
8.6 Overige financiële verantwoordingen	52
8.6.1 Inleiding	52

8.6.2	Bevindingen	52
8.6.2.1	Opgave HKC 2010	52
8.6.2.2	Opgave kosten per verzekerde 2010	52
8.6.2.3	Opgave DBC-gegevens 2011 en Opgave gegevens opbrengstverrekening 2011	52
8.6.2.4	Opgave farmaciegegevens 2012	53
8.6.3	Vervolgacties	53
8.6.4	Conclusie	53
<b>9.</b>	<b>Compensatieregeling eigen risico</b>	<b>55</b>
9.1	Inleiding	55
9.2	Bevindingen	55
9.2.1	Follow up bevindingen CER 2011	55
9.2.2	Bevindingen uitvoering CER 2012 door het CAK	56
9.2.3	Bevindingen rechtmatigheid CER uitkeringen 2012	57
9.3	Conclusie	57
<b>10.</b>	<b>Nalevingstoezicht</b>	<b>59</b>
10.1	Probleemgericht toezicht	59
10.2	Correct declareren MSZ	59
10.2.1	Inleiding	59
10.2.2	Maatregelen	59
10.3	Correct declareren GGZ	60
10.3.1	Inleiding	60
10.3.2	Maatregelen	61
10.4	Relatie met de rol van de zorgverzekeraars	61
<b>Bijlage 1</b>	<b>Toetsingskaders performance indicatoren</b>	<b>63</b>

## Vooraf

Dit samenvattend rapport geeft de bevindingen weer van het vereveningsonderzoek 2012 en van de uitvoering van de CER door het CAK. In dit rapport staan de controle van de declaratiestromen en de controle van de financiële verantwoordingen door de zorgverzekeraars centraal.

Een belangrijk aandachtspunt in het toezicht van de NZa is correct declareren door zorgaanbieders. Het is de eerste verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om correct te declareren. Vervolgens moet de zorgverzekeraar controleren of dit juist is gebeurd. De NZa constateert, net als over 2011, dat de zorgverzekeraars de controle van declaraties moeten intensiveren en meer werk moeten maken van fraudebestrijding. De NZa heeft hiervoor diverse handhavingsmaatregelen getroffen. De zorgverzekeraars zetten individueel en via Zorgverzekeraars Nederland (ZN) stappen om hun controles te verbeteren, onder andere via het ZN-programma 'Zinnige zorg, zuivere rekening'. De NZa vindt de ontwikkeling daarvan positief, maar benadrukt de noodzaak om voldoende voortgang te realiseren.

De NZa heeft naar aanleiding van het vorige vereveningsonderzoek een boete-onderzoek gestart bij vijf zorgverzekeraars wegens onjuistheden in de financiële verantwoordingen. De NZa heeft in december 2013 een boetebesluit genomen. Door een lopende bezwaarprocedure zijn de hoogte van de boete en de namen van de zorgverzekeraars nog niet gepubliceerd.

Voor het huidige onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat de zorgverzekeraars de controle van hun financiële verantwoordingen hebben verbeterd. De kwaliteit hiervan is toegenomen ten opzichte van het voorgaande onderzoek. Wel bestaat er een tijdelijke onzekerheid over de juistheid van de kosten over 2012. Alle zorgverzekeraars hebben een controleverklaring met beperking bij hun 'Jaarstaat' meegeleverd, onder andere veroorzaakt door onzekerheden bij ziekenhuizen en achterblijvende declaraties en controles over 2012. Zorgverzekeraars moeten deze onzekerheden oplossen, gedeeltelijk in samenwerking met de ziekenhuizen.

In 2014 wordt de toezichtcapaciteit van de NZa uitgebreid. Naast de aandacht voor correct declareren door de zorgaanbieders in diverse sectoren zet de NZa deze capaciteit in voor het toezicht op de zorgverzekeraars. De rol van de zorgverzekeraars op het gebied van fraudebestrijding en de uitvoering van controles op declaraties staat hierbij centraal.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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



## Managementsamenvatting

### Inleiding

Dit samenvattend rapport geeft de bevindingen weer van het vereveningsonderzoek 2012 en van de uitvoering van de CER door het CAK. Evenals vorig jaar heeft de NZa al eerder (oktober 2013) een afzonderlijk samenvattend rapport<sup>1</sup> uitgebracht over de naleving van de publieke randvoorwaarden, zoals de acceptatie- en zorgplicht in de Zvw.

### Prestatiemeting

De NZa heeft voor de Zvw voor de eerste maal prestatiemeting toegepast en via dit samenvattend rapport gepubliceerd. De NZa heeft voor de volgende vijf performance indicatoren de prestaties per zorgverzekeraar gemeten en beoordeeld:

- materiele controle (mc);
- misbruik en oneigenlijk gebruik (m&o);
- gepast gebruik (gg);
- herzieningen in financiële opgaven;
- herzieningen in opgaven verzekerdstanden.

Alleen zorgkosten die aan wettelijke eisen voldoen, mogen via de risicovereeniging worden gefinancierd. De gebruikte indicatoren richten zich op de naleving van deze eisen.

De NZa verwacht dat publicatie bijdraagt aan de effectiviteit van het toezicht. Ook de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft naar aanleiding van het debat in de Tweede Kamer over de aanpak van fraude in de zorg (mei 2013) het belang van transparantie over het functioneren van de zorgverzekeraars onderstreept.

Onderstaand zijn de oordelen van de NZa opgenomen over de uitkomsten van de prestatiemeting<sup>2</sup>.

**Tabel 1. Performance-indicatoren Zvw 2012**

	MC	M&O	GG	Herziening opgave financieel	Herziening opgave verzekerden
Achmea	O	O	O	✓	✓
ASR	O	V	O	✓	✓
CZ	V	V	O	✓	✓
Coöperatie VGZ	O	O	O	X	✓
De Friesland	V	V	V	✓	✓
DSW	V	V	V	✓	✓
Eno	O	O	O	✓	✓
FBTO	O	O	O	✓	✓
Menzis	V	O	V	✓	✓
ONVZ	O	V	O	✓	✓
Zorg en Zekerheid	V	V	V	✓	X

Bron: NZa

<sup>1</sup> Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2012, onderdelen acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht, NZa, oktober 2013.

<sup>2</sup> In 2012 waren 9 concerns actief met 26 zorgverzekeraars. Voor de prestatiemeting zijn FBTO en De Friesland (beiden onderdeel van het concern Achmea) apart beoordeeld wegens verschillen in organisatie en systemen (dus in totaal 11 metingen).

De belangrijkste conclusies uit de prestatiemeting 2012 zijn:

**Tabel 2. Belangrijkste conclusies**

	Conclusie
1.	Meer dan de helft (18 van de 33) van de oordelen voor de performance indicatoren materiële controle, m&o en gepast gebruik is onvoldoende.
2.	Drie kleine/middelgrote regionale zorgverzekeraars, te weten De Friesland, DSW en Zorg en Zekerheid zijn positief uit de meting van de performance indicatoren materiële controle, m&o en gepast gebruik naar voren komen. Op veel onderdelen van de prestatiemeting scoren deze zorgverzekeraars beter dan de andere zorgverzekeraars.
3.	Er zijn voor de aanleveringen in 2013 minder herzieningen in de financiële – en verzekerdenopgaven nodig geweest voor door de NZa geconstateerde fouten dan voorgaand jaar. Voorgaand jaar heeft een omvangrijke herziening, wegens door de NZa geconstateerde fouten, geleid tot een boete-onderzoek bij vijf zorgverzekeraars, zie paragraaf 8.1.3.
4.	Meerdere zorgverzekeraars hebben verbetertrajecten gestart op het gebied van materiële controle, m&o en gepast gebruik. De effecten hiervan komen nog zeer beperkt tot uitdrukking in de oordelen over 2012 wegens de invloed van de verantwoordings-, controle- en toezichtscyclus. Zoals in paragraaf 1.6 aangegeven hebben handhavingsmaatregelen over het jaar 2012 (jaar t) veelal pas effect in 2014 <sup>3</sup> (jaar t+2). De prestatiemeting over 2012 moet in die zin als een 'nulmeting' worden beschouwd.

Bron: NZa

#### Materiële controles

**Tabel 3. Performance indicator Materiële controle**

Materiële controle	Totaal aantal zorgverzekeraars	Achmea	ASR	CZ	De Friesland	DSW	Eno	FBTO	Menzis	ONVZ	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgverzekeraars	n=26	5	1	4	1	2	1	1	3	1	6	1
Oordeel NZa	n=11	O	O	V	V	V	O	O	V	O	O	V

Bron: NZa

De uitvoering van de materiële controles over 2012 was nog onvoldoende bij 6 van de 11 metingen (en ruim de helft van de zorgverzekeraars: 15 van de 26). De NZa verwacht van de zorgverzekeraars dat zij de materiële controle op een hoger peil brengen. Dat kunnen zij doen door de materiële controles meer te dynamiseren<sup>4</sup>, de ontvangen en gegenereerde signalen/meldingen over (mogelijk) onrechtmatige declaraties beter af te wikkelen en stringenter vervolgcacties te nemen. De NZa is ook van oordeel dat zorgverzekeraars meer capaciteit vrij moeten maken voor materiële controles. Daarnaast moeten zij moderne controletechnieken, zoals datamining, sneller

<sup>3</sup> De maatregelen die al genomen zijn naar aanleiding van het onderzoek 2011, komen veelal tot uitdrukking in 2013.

<sup>4</sup> Het dynamischer uitvoeren van materiële controles, gebruik makend van moderne controletechnieken en niet wachten met de uitvoering van materiële controles totdat de declaratiestromen van zorgaanbieders nagenoeg volledig afgerond zijn.



implementeren. Ook is van belang dat zorgverzekeraars beter gaan samenwerken in de opzet en uitvoering van materiële controles, voor zover binnen de grenzen van de mededingingswet.

Het merendeel van de zorgverzekeraars, die onvoldoende uitvoering geven aan materiële controles, heeft inmiddels in 2013 verbetermaatregelen getroffen, mede naar aanleiding van het NZa onderzoek over 2010 en 2011.

De Friesland, DSW en Zorg en Zekerheid scoren als best practice op het gebied van materiële controles. Zij voldoen in belangrijke mate aan de gestelde normen.

*Misbruik en oneigenlijk gebruik (m&o)*

**Tabel 4. Performance indicator Misbruik en oneigenlijk gebruik**

Materiële controle	Totaal aantal zorgverzekeraars	Achmea	ASR	CZ	De Friesland	DSW	Eno	FBTO	Menzis	ONVZ	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgverzekeraars	n=26	5	1	4	1	2	1	1	3	1	6	1
Oordeel NZa	n=11	O	V	V	V	V	O	O	O	V	O	V

Bron: NZa

De uitvoering van m&o was over 2012 nog onvoldoende bij 5 van de 11 metingen (en 60% van de zorgverzekeraars: 16 van de 26). Een verbetering die gerealiseerd moet worden is de meer planmatige aanpak met ondersteuning van automatiseringstools voor data-analyse. Daarnaast is van belang dat de afdelingen die belast zijn met de fraudeonderzoeken beschikken over voldoende capaciteit. De huidige capaciteit is niet toereikend om fraudesignalen tijdig te onderzoeken. Dat probleem zal groter worden zodra declaratiebestanden systematisch worden geanalyseerd, omdat dan naar verwachting meer signalen gegenereerd zullen worden. Het merendeel van de zorgverzekeraars, die onvoldoende uitvoering gaven aan misbruik en oneigenlijk gebruik, heeft inmiddels in 2013 verbetermaatregelen getroffen, mede naar aanleiding van het NZa onderzoek over 2011.

De zorgverzekeraar DSW scoort als best practice wegens het actieve opsporingsbeleid.

*Gepast gebruik*

**Tabel 5. Performance indicator gepast gebruik**

Gepast gebruik	Totaal aantal zorgverzekeraars	Achmea	ASR	CZ	De Friesland	DSW	Eno	FBTO	Menzis	ONVZ	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgverzekeraars	26	5	1	4	1	2	1	1	3	1	6	1
Oordeel NZa		O	O	O	V	V	O	O	V	O	O	V

Bron: NZa

De inspanningen op het gebied van gepast gebruik waren over 2012 nog onvoldoende bij 7 van de 11 metingen (en meer dan twee derde van de zorgverzekeraars: 19 van de 26).

Zorgverzekeraars moeten vooral:

- Meer aandacht besteden aan gepast gebruik in zowel de controleaanpak als de uitvoering van de controle.
- Hun organisaties aanpassen aan de vernieuwde controleaanpak op gepast gebruik.
- Het gebruik van spiegelinformatie en data-analyse intensiveren.
- Zowel richting de eigen organisatie als richting de zorgaanbieder optreden bij indicaties van ongepast gebruik.

De zorgverzekeraar DSW en Zorg en Zekerheid scoren als best practice. Zij voldoen in belangrijke mate aan de gestelde normen.

De NZa volgt de ontwikkelingen op het terrein van materiële controles, bestrijding m&o en gepast gebruik nauwgezet.

#### *Formele controles*

Bij 6 van de 11 onderzoeken (en 16 van de 26 zorgverzekeraars) zijn de formele controles nog niet op een voldoende niveau uitgevoerd. Omdat de formele controles nog geen deel uitmaken van de prestatiemeting, noemt de NZa de namen van de zorgverzekeraars niet in dit rapport.

Belangrijke verbeterpunten zijn het op orde brengen van de betrouwbare en continue werking van de geprogrammeerde controles, het sneller afwikkelen van de controle op parallelle en seriële DBC's en het uitvoeren/afwikkelen van controles voor een aantal specifieke risico gebieden (bijvoorbeeld controle op verwijzers, verpleegdag, add ons, voldoen aan indicatievoorwaarden) Hiervoor hebben de zorgverzekeraars nog onvoldoende controlewerkzaamheden uitgevoerd. De zorgverzekeraars hebben hiervoor correcties in de verantwoordingen opgenomen cq als onzekerheid opgenomen in de foutentabellen bij de verantwoording. De onzekerheden zullen in de komende periodes door de zorgverzekeraars alsnog moeten worden uitgezocht, door het met terugwerkende kracht uitvoeren van de relevante controlewerkzaamheden.

#### *Proces wanbetalers*

Diverse zorgverzekeraars moeten maatregelen treffen om de geconstateerde tekortkomingen in het proces structurele maatregelen wanbetalers te verbeteren. De belangrijkste verbeterpunten liggen op het gebied van de interne beheersing en interne controles (bijvoorbeeld aansluitingen, analyses, het inlezen van bestanden en aan- en afmeldingen) en maatregelen voor 'adres onbekend' van verzekerden.

#### *Financiële verantwoordingen*

De NZa geeft een oordeel over de juistheid van de financiële vereveningsopgaven, die de NZa in 2013 heeft ontvangen van de zorgverzekeraars. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gebruikt dit oordeel voor zijn financieel verslag over het Zorgverzekeringsfonds en bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen<sup>5</sup> voor de zorgverzekeraars. De verantwoordingen zijn voorzien van bestuursverklaringen van de zorgverzekeraar en een accountantsproduct (controleverklaring of assurance-rapport).

---

<sup>5</sup> Voor meer informatie over de risicoverevening, zie [www.cvz.nl/verzekering/risicoverevening+zvw](http://www.cvz.nl/verzekering/risicoverevening+zvw).

De belangrijkste bevindingen zijn:

- De NZa heeft het CVZ geadviseerd om correcties ter hoogte van € 35,8 mln. in de kosten 2010 te betrekken bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage.
- Het aantal benodigde herziene aanleveringen van de opgaven door de zorgverzekeraars is aanzienlijk minder geweest dan voorgaand jaar.
- De totale nog niet gecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden in de kosten 2011 bedragen € 179,7 mln. (0,51% van het totaal van de kosten van prestaties 2011). Deze moeten uiterlijk in de verantwoording 2013 zijn opgelost en verwerkt.
- Bij alle zorgverzekeraars is voor de kosten van prestaties 2012 in de Jaarstaat A een controleverklaring met beperking opgenomen. Deze beperking is opgenomen voor de mogelijke effecten van de landelijke bijzonderheden voor de declaraties medisch specialistische zorg 2012. De landelijke bijzonderheden hebben betrekking op:
  - Controleverklaringen met beperking bij het verantwoordingsdocument gefactureerde DBC Zorgproducten en overige zorgproducten 2012 van de ziekenhuizen;
  - Vertragingen in de declaraties van ziekenhuizen en ZBC's in 2012 door de invoering van de DOT systematiek. Hierdoor hebben de zorgverzekeraars over de medisch specialistische zorg 2012 geen materiële controles en een minder dan gebruikelijk aantal formele controles uitgevoerd;
  - De allocatie (toerekening) van de geraamde kosten medische specialistische zorg 2012 levert onzekerheden op door de bovenstaande twee oorzaken.

De NZa verwacht dat de onzekerheden vanuit de controleverklaring met beperking tijdelijk<sup>6</sup> zijn. Er is ten tijde van dit onderzoek niet voldoende controle-informatie om te onderbouwen dat declaraties waar de beperking betrekking op heeft terecht ten laste van de vereveningsverantwoording kunnen komen. Dit komt door de bovengenoemde oorzaken. De NZa heeft aan de zorgverzekeraars aangegeven dat zij de onzekerheid over de juistheid van de kosten over 2012 moeten oplossen door:

- Het alsnog uitvoeren van de formele en materiële controles.
  - Het al dan niet gezamenlijk met de andere zorgverzekeraars (via ZN) afspraken maken met de ziekenhuizen om de daar geconstateerde onzekerheden op te lossen, voor zover van invloed op de verantwoording van de zorgverzekeraar.
  - Het aanpassen van de allocatie op basis van de ontvangen declaraties en daardoor voortschrijdend inzicht.
- Over 2012 zijn er de hiervoor vermelde algemene landelijke onzekerheden. De specifieke nog niet gecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden bedragen € 273,3 mln., 0,77% van het totaal van de kosten ad € 35.468,2 mln. Deze moeten uiterlijk in de verantwoording 2014 zijn opgelost en verwerkt.
  - De diverse financiële verantwoordingen blijven binnen de vastgestelde nauwkeurigheidstolerantie ad 3%, met uitzondering van de Jaarstaat A. Zoals hiervoor vermeld is er een beperking opgenomen voor de Jaarstaat A voor het jaar 2012. De controleverklaring met beperking impliceert dat het totaal aan onjuistheden en onzekerheden voor 2012 tussen de 3% en 10% bedraagt. Door gebrek aan controle-informatie is deze inschatting niet preciezer te maken.

---

<sup>6</sup> Er zijn indicaties dat voor het verantwoordingsdocument gefactureerde DBC Zorgproducten en overige zorgproducten 2013 ook controleverklaringen met beperking afgegeven gaan worden.

### Conclusie CER

De NZa vraagt aandacht voor een goede werking van de interne beheersing en administratieve organisatie bij Vektis, wegens een geconstateerde structurele fout ad 0,14% van de massa. De zorgverzekeraars moeten hiervoor zorgdragen.

De NZa concludeert dat het Centraal Administratiekantoor (CAK) de werkzaamheden compensatie eigen risico (CER) in 2012 op een goede wijze heeft uitgevoerd. Ter beoordeling van de rechtmatigheid van de in 2012 uitbetaalde CER-uitkeringen is er door een externe accountant in opdracht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een statistische steekproef uitgevoerd. De werkzaamheden hiervoor zijn nog niet afgerond. De NZa maakt hiervoor een voorbehoud en rapporteert in een later stadium aan de minister van VWS en het CVZ over haar oordeel over de rechtmatigheid van de in 2012 betaalde CER-uitkeringen.

### Maatregelen NZa

De NZa kan informele en formele maatregelen treffen bij geconstateerde overtredingen, afhankelijk van de efficiency en effectiviteit. Dit is uitgewerkt in het Handhavingsplan NZa (maart 2012). In onderstaande tabel staan de maatregelen, waaronder het opleggen van aanwijzingen, die de NZa heeft getroffen:

**Tabel 6. Maatregelen NZa**

	Onderwerp maatregel	2012: aantal zorgverzekeraars	2011: aantal zorgverzekeraars
1.	Te late aanlevering vereveningsopgaven	6	6
2.	Onjuiste bestuursverklaring bij vereveningsopgaven	0	1
3.	Onjuiste vereveningsopgaven	7	11
4.	Proces formele controle	16	4
5.	Proces materiële controle	15	2
6.	Proces misbruik en oneigenlijk gebruik	16	14
7.	Proces gepast gebruik	19	16
	Totaal aantal maatregelen	<b>79</b>	<b>54</b>

Bron: NZa

De NZa heeft naar aanleiding van het vorige vereveningsonderzoek een boete-onderzoek gestart bij vijf zorgverzekeraars wegens onjuistheden in de financiële verantwoordingen. De NZa heeft in december 2013 een boetebesluit genomen. Door een lopende bezwaarprocedure zijn de hoogte van de boete en de namen van de zorgverzekeraars nog niet gepubliceerd.

### Effecten van toezicht

Sinds 2010 richt de NZa extra aandacht op de controle van de declaratiestromen door zorgverzekeraars. Dit toezicht is gefaseerd uitgerold met jaarlijks toenemende aandacht voor onder andere materiële controles, gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik. Ook heeft de NZa de kwaliteit van de aangeleverde verantwoordingen op onderdelen verdiepend onderzocht.

In de onderstaande tabel staan de acties van de afgelopen jaren met de gemeten effecten van het toezicht:

**Tabel 7. Effecten van toezicht**

	Genomen acties	Effecten van toezicht
A.	<p><b>Controle declaratiestromen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Uitbrengen van de nadere regel Controle en administratie zorgverzekeraars.</li> <li>– Overleg met VWS en het College bescherming persoonsgegevens (CBP) over het aanpassen van de Regeling Zorgverzekering.</li> <li>– Het geven van voorlichting via onder andere presentaties, bijeenkomsten en het beantwoorden van vragen.</li> <li>– Het verdiepend in het onderzoek betrekken van materiële controle, m&amp;o, gepast gebruik.</li> <li>– De NZa heeft voor 2012 voor de eerste maal voor de Zvw prestatiemeting toegepast en de resultaten hiervan openbaar gemaakt. Voor de AWBZ past de NZa dit al langere tijd toe en zijn de effecten hiervan zichtbaar<sup>7</sup>.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De processen materiële controle, gepast gebruik en bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik staan aanzienlijk hoger op de agenda van besturen van zorgverzekeraars. Er is absoluut nog veel te verbeteren, maar de 'sense of urgency' begint wel door te dringen.</li> <li>2. In toenemende mate ontvangt de NZa signalen van zorgaanbieders over de last die het uitvoeren van controles door de zorgverzekeraars met zich meebrengt. Dit geeft aan dat zorgverzekeraars hun controlerende rol beter beginnen op te pakken.</li> <li>3. Er zijn voorbeelden van zorgverzekeraars die zwaarder inzetten op grootschalige onderzoeken bij zorgaanbieders. Voorbeelden hiervan zijn onderzoeken naar verslavingszorg GGZ door DSW en 'eendaags klinisch' bij ziekenhuizen door Menzis.</li> <li>4. Er is een toename bij diverse zorgverzekeraars van de hoogte van de teruggevorderde bedragen. Een voorbeeld hiervan is een toename van € 4 naar bijna € 70 mln. aan terugvorderingen en correcties bij zorgverzekeraars waar verbetertrajecten liepen.</li> </ol>
B.	<p><b>Kwaliteit verantwoordingen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aanscherpen van de controlevoorschriften via een Protocol.</li> <li>– De NZa is in gesprek getreden met de beroepsgroep van accountants en de Autoriteit Financiële Markten (AFM).</li> <li>– Opvragen van herziene opgaven.</li> <li>– Opleggen van verbeterpunten en nemen van handhavingsmaatregelen richting de zorgverzekeraars.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. De kwaliteit van de verantwoordingen voor de risicovereeniging is verbeterd. Over 2012 heeft de NZa aanzienlijk minder vaak om een herziening van de opgaven hoeven te vragen voor door de NZa geconstateerde fouten.</li> <li>6. Het convenant tussen AFM en de NZa is uitgebreid voor het toezicht op de accountants door de AFM.</li> <li>7. De AFM gaat een onderzoek starten naar de dossiers van controlerend accountants in de zorgsector.</li> </ol>

<sup>7</sup> Samenvattend rapport AWBZ 2012, november 2013, NZa.

	Genomen acties	Effecten van toezicht
C.	<p><b>Capaciteit NZa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De toezichtcapaciteit van de NZa is in 2013 uitgebreid en zal ook in 2014 groeien.</li> </ul>	<p>8. De NZa heeft het toezicht op de zorgverzekeraars verscherpt. Zie onder andere bovengenoemde acties.</p> <p>9. De NZa heeft het toezicht op de zorgaanbieders verscherpt. Voorbeelden hiervan zijn invallen bij een aantal ziekenhuizen en GGZ-instellingen.</p>

Bron: NZa

Daarnaast worden effecten ook op langere termijn verwacht. Door de verantwoordings-, controle en toezichtscyclus hebben bijvoorbeeld handhavingsmaatregelen over het jaar 2012 (jaar t) veelal pas effect in 2014 (jaar t+2). De prestatiemeting over 2012 moet in die zin als een 'nulmeting' worden beschouwd.

# 1. Inleiding

## 1.1 Doelstelling rapport

Met dit rapport informeert de NZa de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) over de uitkomsten van het onderzoek naar de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw 2012. Het rapport gaat in op:

- De prestatiemeting, zoals de NZa voor het eerst heeft toegepast voor de Zvw. Deze gaat in op vijf performance-indicatoren en is nader toegelicht in paragraaf 1.4;
- De controle op de declaratiestromen door de zorgverzekeraars. De onderdelen materiële controle, gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik komen terug in de hiervoor genoemde prestatiemeting;
- Het proces structurele maatregelen wanbetalers;
- De juistheid van de door de zorgverzekeraars aangeleverde verantwoordingen die het CVZ gebruikt als input voor het vereveningsproces en de fondsverslaglegging;
- De uitvoering van de compensatieregeling eigen risico (CER) door het Centraal Administratiekantoor (CAK);
- Het toezicht van de NZa op het gebied van correct declareren door zorgaanbieders wegens de raakvlakken die dit heeft met het toezicht op de Zvw.

Over de naleving van de publieke randvoorwaarden, zoals de acceptatie- en zorgplicht in de Zvw, heeft de NZa al eerder (oktober 2012) een afzonderlijk samenvattend rapport<sup>8</sup> uitgebracht.

## 1.2 Toezichtskader

De NZa houdt op grond van artikel 16 sub b van de Wmg toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw. Onderdeel hiervan is het onderzoek naar de controle van de declaratiestromen door zorgverzekeraars en de juistheid en volledigheid van de door de zorgverzekeraars aangeleverde vereveningsinformatie.

---

<sup>8</sup> Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2012, onderdelen acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht, NZa, oktober 2013.

De NZa stelt jaarlijks rapporten op met de bevindingen van het vereveningsonderzoek per individuele zorgverzekeraar. Over 2012 heeft de NZa 12 rapporten opgesteld over 28<sup>9</sup> zorgverzekeraars:

- Achmea: Agis, Avéro, Interpolis, OZF, Zilveren kruis;
- ASR;
- AZVZ<sup>10</sup>;
- Coöperatie VGZ: Cares, IZA, IZZ, Trias<sup>11</sup>, UMC, Univé, VGZ;
- CZ: CZ, Delta Lloyd, Ohra Ziektekosten, Ohra Zorgverzekering;
- De Friesland<sup>12</sup>;
- DSW: DSW, Stad Holland;
- Eno;
- FBTO<sup>13</sup>
- Menzis: AnderZorg, Azivo en menzis;
- ONVZ;
- Zorg en Zekerheid.

De bevindingen en conclusies uit deze individuele rapporten zijn in samengevatte vorm verwerkt in dit samenvattend rapport. De NZa heeft richting de zorgverzekeraars kenbaar gemaakt dat de NZa zich heeft voorgenomen de individuele rapporten Onderzoek Zvw 2013 openbaar te maken en te publiceren in november 2014.

Het CVZ is op grond van artikel 32 t/m 36 van de Zvw verantwoordelijk voor de uitvoering van de verevening.

Het CAK voert op grond van artikel 118a van de Zvw de compensatieregeling eigen risico (CER) uit. De zorgverzekeraars verstrekken hiertoe aan het CAK de persoonsgegevens die voor de uitvoering noodzakelijk zijn.

Het wettelijk kader voor het onderzoek Zvw is als volgt:

- Zorgverzekeringswet;
- Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekeringswet;
- Wet marktordening gezondheidszorg, de artikelen 35 en 36;
- NZa beleidsregels;
- Nadere regel<sup>14</sup> "Regeling administratie en controle zorgverzekeraars", NZa;
- Protocol vereveningsonderzoek Zvw met oplevering in 2013 en onderzoek uitvoeringsverslag 2012, NZa;
- Regeling structurele aanlevering gegevens Zvw, CVZ;
- Handboek Zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet / Instructies CVZ "Aanlevering gegevens Zvw met accountantsproduct 2013", CVZ.

---

<sup>9</sup> Voor de prestatiemeting (zie paragraaf 1.4) gaat de NZa uit van 26 zorgverzekeraars. Dit is exclusief AZVZ en Trias, zie onderstaande voetnoten.

<sup>10</sup> AZVZ heeft per 1 januari 2011 haar verzekerdenportefeuille overgedragen aan een andere zorgverzekeraar, waardoor AZVZ met ingang van 2011 niet meer werkzaam is als zorgverzekeraar. Om deze reden is een beperkt aantal opgaven ingediend en richt het onderzoek zich alleen op de (afloop van) de kosten 2010. AZVZ is om die reden niet betrokken in de prestatiemeting.

<sup>11</sup> Trias is in 2011 juridisch gefuseerd met VGZ. Trias heeft nog een aantal opgaven zelfstandig gerapporteerd, maar is niet betrokken in de prestatiemeting.

<sup>12</sup> De Friesland is onderdeel van het concern Achmea.

<sup>13</sup> FBTO is onderdeel van het concern Achmea.

<sup>14</sup> In werking getreden op 1 januari 2013.



### 1.3 Object van onderzoek

Het onderzoek is verricht naar de volgende verantwoordingen:

- de jaarstaat Zvw 2012, onderdeel A;
- de herziene opgave betalingsachterstanden 2010;
- de opgave verzekerde periode en persoonskenmerken 2012;
- de opgave persoonskenmerken juni 2013;
- de opgave farmaciegegevens 2012;
- de opgave DBC-gegevens 2011;
- de opgave gegevens 2011 voor de opbrengstverrekening;
- de opgave kosten per verzekerde 2010;
- de opgave HKC 2010;
- jaarverslaggeving CAK 2012 (voor het onderdeel CER);
- uitvoeringsverslag Zvw 2012.

De hierbij behorende accountantsproducten zijn:

- controleverklaring bij de jaarstaat, onderdeel A;
- rapport van feitelijke bevindingen bij het uitvoeringsverslag;
- assurance-rapporten bij de overige financiële verantwoordingen.
- rapport van feitelijke bevindingen inzake de steekproef vaststellen rechtmatigheid CER.

Naast de bovengenoemde verantwoordingen heeft de NZa onderzoek verricht naar de processen structurele maatregelen wanbetalers, formele- en materiële controle, misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O) en gepast gebruik.

### 1.4 Openbaarmaking performance indicatoren

De NZa heeft besloten om over het jaar 2012 voor de eerste maal prestatiemeting toe te passen. Voor de volgende 5 performance indicatoren zijn de prestaties per zorgverzekeraar gemeten en wordt de uitkomst openbaar gemaakt in dit rapport:

- materiele controle;
- misbruik en oneigenlijk gebruik (m&o);
- gepast gebruik;
- herzieningen in financiële opgaven;
- herzieningen in opgaven verzekerdenstanden.

Voor deze indicatoren is gekozen omdat deze al langer focuspunten in het toezicht van de NZa zijn. De indicatoren zijn gebaseerd op reeds bestaande wet- en regelgeving en/of reeds bekende normen. Vanuit het oogpunt van transparantie heeft de NZa voor de uitvoering van materiële controle, m&o en gepast gebruik normenkaders ontwikkeld en kenbaar gemaakt. Deze zijn in bijlage 1 opgenomen. De uitkomsten van de prestatiemeting zijn opgenomen in hoofdstuk 2 van dit rapport. De NZa is voornemens om voor het aspect formele controles ook een performance-indicator te ontwikkelen. Naar verwachting komt het proces wanbetalers in aanmerking als performance-indicator zodra het wettelijk kader is aangescherpt.

Dit is de eerste keer dat de uitkomsten van de prestatiemeting openbaar worden gemaakt. De NZa laat zien hoe ze omgaat met haar toezichttaak en verwacht dat publicatie bijdraagt aan de effectiviteit van het toezicht. Ook de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft naar aanleiding van het debat in de Tweede Kamer over de aanpak van fraude in de zorg (mei 2013) het belang van transparantie over het functioneren van de zorgverzekeraars onderstreept.

### Nadere context indicatoren

De Zvw kent gereguleerde marktwerking. Kernelementen hierbij zijn toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Om de toegankelijkheid te borgen hebben zorgverzekeraars voor de basisverzekering een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Om verschillen in het risicoprofiel van het verzekerdenbestand te corrigeren worden zorgverzekeraars voor bepaalde zorgkosten en voor bepaalde kenmerken van verzekerden gecompenseerd via een bijdrage uit de verevening. Deze bijdrage wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds en betreft 'collectief geld'. Aan deze collectieve financiering voor zorgverzekeraars zijn wettelijke eisen gesteld. Dit zijn formele eisen (bijvoorbeeld juist tarief, zorg geleverd aan een bij de zorgverzekeraar verzekerd persoon, zorg volgens de stand van wetenschap en praktijk, aanwezigheid verwijzing) en materiële eisen (is de zorg geleverd en is de zorg redelijkerwijs aangewezen).

Alleen zorgkosten die aan deze eisen voldoen, mogen via de risicoverevening collectief worden gefinancierd. De performance indicatoren die de NZa in de prestatiemeting hanteert richten zich op de naleving van deze eisen. Wanneer er niet aan de voorwaarden wordt voldaan is er sprake van onrechtmatigheid. Wanneer bewust niet aan de voorwaarden wordt voldaan (opzet) en er is geldelijk voordeel behaald, is sprake van fraude.

## 1.5 Maatregelen NZa

De NZa kan informele en formele maatregelen treffen bij geconstateerde overtredingen, afhankelijk van de efficiency en effectiviteit. Dit is uitgewerkt in het Handhavingplan NZa (maart 2012).

In onderstaande tabel staan de getroffen maatregelen, waaronder het opleggen van aanwijzingen, naar aanleiding van het onderzoek Zvw 2012:

**Tabel 1.1 Maatregelen NZa**

	Onderwerp maatregel	2012: aantal zorgverzekeraars	2011: aantal zorgverzekeraars
1.	Te late aanlevering vereveningsopgaven	6	6
2.	Onjuiste bestuursverklaring bij vereveningsopgaven	0	1
3.	Onjuiste vereveningsopgaven	7	11
4.	Proces formele controle	16	4
5.	Proces materiële controle	15	2
6.	Proces misbruik en oneigenlijk gebruik	16	14
7.	Proces gepast gebruik	19	16
	Totaal aantal maatregelen	<b>79</b>	<b>54</b>

Bron: NZa

De NZa is naar aanleiding van het vorige vereveningsonderzoek een boete-onderzoek gestart bij vijf zorgverzekeraars wegens onjuistheden in de financiële verantwoordingen. De NZa heeft in december 2013 een boetebesluit genomen. Door een lopende bezwaarprocedure zijn de hoogte van de boete en de namen van de zorgverzekeraars nog niet gepubliceerd.

## 1.6 Effecten van toezicht

Vanaf 2010 richt de NZa zich extra op de controle van de declaratiestromen door zorgverzekeraars. Dit is gefaseerd uitgerold met jaarlijks toenemende aandacht voor onder andere materiële controles, gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik. Ook heeft de NZa de kwaliteit van de aangeleverde verantwoordingen op onderdelen verdiepend onderzocht. In de onderstaande tabel staan de acties van de afgelopen jaren met de gemeten effecten van het toezicht:

**Tabel 1.2. Effecten van toezicht**

	Genomen acties	Effecten van toezicht
A.	<p><b>Controle declaratiestromen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Uitbrengen van de nadere regel Controle en administratie zorgverzekeraars.</li> <li>– Overleg met VWS en het College bescherming persoonsgegevens (CBP) over het aanpassen van de Regeling Zorgverzekering.</li> <li>– Het geven van voorlichting via onder andere presentaties, bijeenkomsten en het beantwoorden van vragen.</li> <li>– Het verdiepend in het onderzoek betrekken van materiële controle, m&amp;o, gepast gebruik.</li> <li>– De NZa heeft voor 2012 voor de eerste maal voor de Zvw prestatiemeting toegepast en de resultaten hiervan openbaar gemaakt. Voor de AWBZ past de NZa dit al langere tijd toe en zijn de effecten hiervan zichtbaar<sup>15</sup>.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De processen materiële controle, gepast gebruik en bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik staan aanzienlijk hoger op de agenda van besturen van zorgverzekeraars. Er is absoluut nog veel te verbeteren, maar de 'sense of urgency' begint wel door te dringen.</li> <li>2. In toenemende mate ontvangt de NZa signalen van zorgaanbieders over de last die het uitvoeren van controles door de zorgverzekeraars met zich meebrengt. Dit geeft aan dat zorgverzekeraars hun controlerende rol beter beginnen op te pakken.</li> <li>3. Er zijn voorbeelden van zorgverzekeraars die zwaarder inzetten op grootschalige onderzoeken bij zorgaanbieders. Voorbeelden hiervan zijn onderzoeken naar verslavingszorg GGZ door DSW en 'eendaags klinisch' bij ziekenhuizen door Menzis.</li> <li>4. Er is een toename bij diverse zorgverzekeraars van de hoogte van de teruggevorderde bedragen. Een voorbeeld hiervan is een toename van € 3 naar € 60 mln. bij zorgverzekeraars waar verbetertrajecten liepen.</li> </ol>

<sup>15</sup> Samenvattend rapport AWBZ 2012, november 2013, NZa.

B.	<p><b>Kwaliteit verantwoordingen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aanscherpen van de controlevoorschriften via een Protocol.</li> <li>– De NZa is in gesprek getreden met de beroepsgroep van accountants en de Autoriteit Financiële Markten (AFM).</li> <li>– Opvragen van herziene opgaven.</li> <li>– Opleggen van verbeterpunten en nemen van handhavingsmaatregelen richting de zorgverzekeraars.</li> </ul>	<p>5. De kwaliteit van de verantwoordingen voor de risicoverevening is verbeterd. Over 2012 heeft de NZa aanzienlijk minder vaak om een herziening van de opgaven hoeven te vragen voor door de NZa geconstateerde fouten.</p> <p>6. Het convenant tussen AFM en de NZa is uitgebreid voor het toezicht op de accountants door de AFM.</p> <p>7. De AFM gaat een onderzoek starten naar de dossiers van controlerend accountants in de zorgsector.</p>
C.	<p><b>Capaciteit NZa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– De toezichtscapaciteit van de NZa is in 2013 uitgebreid en zal ook in 2014 groeien.</li> </ul>	<p>8. De NZa heeft het toezicht op de zorgverzekeraars verscherpt. Zie onder andere bovengenoemde acties.</p> <p>9. De NZa heeft het toezicht op de zorgaanbieders verscherpt. Voorbeelden hiervan zijn invallen bij een aantal ziekenhuizen en GGZ-instellingen.</p>

Bron: NZa

Daarnaast worden effecten ook op langere termijn verwacht. Door de verantwoordings-, controle en toezichts/handhavingscyclus hebben bijvoorbeeld handhavingsmaatregelen over het jaar 2012 (jaar t) veelal pas effect in 2014 (jaar t+2). De prestatiemeting over 2012 moet in die zin als een 'nulmeting' worden beschouwd.

## 1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geeft de NZa de uitkomsten uit de prestatiemeting Zvw weer. In de hoofdstukken 3 tot en met 5 komen de afzonderlijke processen uit de prestatiemeting aan bod: materiële controle, misbruik en oneigenlijk gebruik en gepast gebruik. In hoofdstuk 6 en 7 behandelt de NZa de processen formele controles en structurele maatregelen wanbetalers. In hoofdstuk 8 komt de juistheid van de verantwoordingen voor de verevening naar voren. Hoofdstuk 9 gaat in op de CER en hoofdstuk 10 op het nalevingstoezicht van de NZa gericht op correct declareren.

## 2. Prestatiemeting Zvw 2012

### 2.1 Uitkomsten

Zoals in paragraaf 1.4 is aangegeven is 2012 het eerste jaar waarvoor de NZa een prestatiemeting voor de Zvw heeft uitgevoerd. De indicatoren waarop de prestatiemeting is gebaseerd zijn:

- materiele controle, zie hoofdstuk 3;
- misbruik en oneigenlijk gebruik (m&o), zie hoofdstuk 4;
- gepast gebruik, zie hoofdstuk 5;
- herzieningen in financiële opgaven, zie hoofdstuk 8;
- herzieningen in opgaven verzekerdstanden, zie hoofdstuk 8.

Onderstaande tabel vermeldt de uitkomsten.

**Tabel 2.1. Performance-indicatoren Zvw 2012**

	MC	M&O	GG	Herziening Opgave financieel <sup>16</sup>	Herziening Opgave verzekerden <sup>17</sup>
Achmea	O	O	O	✓	✓
ASR	O	V	O	✓	✓
CZ	V	V	O	✓	✓
Coöperatie VGZ	O	O	O	X	✓
De Friesland	V	V	V	✓	✓
DSW	V	V	V	✓	✓
Eno	O	O	O	✓	✓
FBTO	O	O	O	✓	✓
Menzis	V	O	V	✓	✓
ONVZ	O	V	O	✓	✓
Zorg en Zekerheid	V	V	V	✓	X

Bron: NZa

#### Toelichting op de tabel

Een 'O' staat voor onvoldoende en een 'V' voor voldoende uitvoering van een proces. Verschillende zorgverzekeraars hebben verbetertrajecten ingesteld voor de processen materiele controle, m&o en/of gepast gebruik. Verbeteringen die betrekking hebben op 2013 zijn niet meegewogen in het oordeel, omdat de oordeelsvorming betrekking heeft op 2012.

Een '✓' bij de herziening van de opgaven betekent dat er geen herziening heeft hoeven plaatsvinden. Een 'X' betekent dat dit wel heeft plaatsgevonden.

<sup>16</sup> Eén of meerdere herziene aanleveringen voor de Jaarstaat, opgave farmaciegegevens, opgave DBC-gegevens, gegevens voor de opbrengstverrekening, opgave betalingsachterstanden, opgave kosten per verzekerde of de opgave HKC.

<sup>17</sup> Eén of meerdere herziene aanleveringen voor de opgave persoonskenmerken of de opgave 'verzekerde periode en persoonskenmerken'.

## 2.2 Belangrijkste conclusies

De belangrijkste conclusies uit de prestatiemeting 2012 zijn:

**Tabel 2.2. Belangrijkste conclusies**

	Conclusie
1.	Van de oordelen voor de performance indicatoren materiële controle, m&o en gepast gebruik is meer dan de helft (18 van de 33) onvoldoende. De NZa heeft de zorgverzekeraars die onvoldoende scoorden een aanwijzing gegeven om hun processen te verbeteren.
2.	Drie kleine/middelgrote regionale zorgverzekeraars, te weten De Friesland, DSW en Zorg en Zekerheid zijn positief uit de meting van de performance indicatoren materiële controle, m&o en gepast gebruik naar voren komen. Op veel onderdelen van de prestatiemeting scoren deze zorgverzekeraars beter dan de andere zorgverzekeraars.
3.	Er zijn voor de aanleveringen in 2013 minder herzieningen in de financiële – en verzekerdenopgaven nodig geweest voor door de NZa geconstateerde fouten dan voorgaand jaar. Voorgaand jaar heeft een omvangrijke herziening, wegens door de NZa geconstateerde fouten, geleid tot een boete-onderzoek bij vijf zorgverzekeraars, zie paragraaf 8.1.3.
4.	Meerdere zorgverzekeraars zijn verbetertrajecten gestart. op het gebied van materiële controle, m&o en gepast gebruik. De effecten hiervan komen nog zeer beperkt tot uitdrukking in de oordelen over 2012 wegens de invloed van de verantwoordings- en controlecyclus. Zoals in paragraaf 1.6 aangegeven hebben handhavingsmaatregelen over het jaar 2012 (jaar t) veelal pas effect in 2014 <sup>18</sup> (jaar t+2). De prestatiemeting over 2012 moet in die zin als een 'nulmeting' worden beschouwd.

Bron: NZa

<sup>18</sup> De maatregelen die al genomen zijn naar aanleiding van het onderzoek 2011, komen veelal tot uitdrukking in 2013.

## 3. Materiële controles

### 3.1 Inleiding

Het proces van uitvoering van materiële controles is één van de performance-indicatoren van de prestatiemeting voor 2012.

Materiële controles richten zich op twee aspecten:

- of de gedeclareerde prestatie feitelijk is geleverd;
- of de gedeclareerde prestatie het meest was aangewezen<sup>19</sup> gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

In het Protocol vereveningsonderzoek Zvw stelt de NZa eisen aan de uitvoering van materiële controles. Dit zijn onder andere het voldoen aan de eisen in de Regeling Zorgverzekering (RZv), het hanteren van een risicogeoriënteerd plan van aanpak, onderbouwing van de gekozen controlemethoden en inzet van controlemiddelen, tijdige uitvoering, betrekken van signalen, klachten en afwijkende declaratiepatronen, en het analyseren van uitkomsten en inzetten van vervolgacties.

In de prestatiemeting 2012 zijn voor de volgende processtappen normen bepaald waaraan de uitvoering van de materiële controles moet voldoen:

- Organisatie: de zorgverzekeraar moet een toereikende organisatie hebben voor de opzet, uitvoering en evaluatie van de materiële controles.
- Controle-aanpak: de zorgverzekeraar heeft een algemeen en specifiek controleplan vastgesteld op basis van risicoanalyse conform de Regeling Zorgverzekering.
- Uitvoering: de zorgverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het algemene en specifieke controleplan.
- Vervolgacties en evaluatie: de zorgverzekeraar neemt vervolgacties na constatering van onregelmatigheden en verricht een evaluatie van de uitgevoerde controles.
- Sturing en managementinformatie: het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de controles. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.

Bij het onderzoek naar materiële controles heeft de NZa getoetst of zorgverzekeraars voldoen aan deze toetsingspunten. Zie voor het volledige toetsingskader, inclusief normen, bijlage 1.

### 3.2 Bevindingen

De belangrijkste bevindingen uit het onderzoek naar de uitvoering van de materiële controles zijn:

#### *Follow up onderzoek 2010 en 2011*

Uit de onderzoeken van 2010 en 2011 bleek dat meerdere zorgverzekeraars de uitvoering van materiële controles nadrukkelijk moesten verbeteren. Naar aanleiding van het onderzoek 2010 heeft de NZa aan 16 zorgverzekeraars informatieverzoeken gestuurd met de opdracht om verbeterplannen op te stellen, omdat de uitvoering van de materiële controles niet in voldoende mate voldeed aan de eisen.

<sup>19</sup> Dit komt overeen met het begrip 'redelijkerwijs aangewezen' zoals in hoofdstuk 5 Gepast gebruik is gehanteerd.

Naar aanleiding van het onderzoek 2011 heeft de NZa aan nog twee andere zorgverzekeraars een informatieverzoek gestuurd om verbetermaatregelen te treffen om de materiële controles op een hoger niveau te brengen.

De NZa constateert dat de zorgverzekeraars wel verbeteringen in gang zetten maar dat de inspanningen, zeker daar waar het gaat om aanpassingen in de organisatie van de uitvoering van materiële controles en het toepassen van moderne controletechnieken zoals datamining, pas op termijn effect zullen sorteren. Gedeeltelijk zijn verbeteringen ook doorgevoerd in de loop van 2013. Deze verbeteringen zijn nog niet betrokken in de oordeelsvorming over 2012, omdat zij hier nog geen invloed op hadden.

#### Performance-indicator materiële controles 2012

De uitkomsten van de prestatiemeting voor de performance indicator *materiële controles* zijn weergegeven in onderstaande tabel:

**Tabel 3.1. Performance-indicator materiële controle**

Materiële controle	Totaal aantal zorgverzekeraars	Achmea	ASR	CZ	De Friesland	DSW	Eno	FBTO	Menzis	ONVZ	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgverzekeraars	n=26	5	1	4	1	2	1	1	3	1	6	1
Oordeel NZa	n=11	O	O	V	V	V	O	O	V	O	O	V

Bron: NZa

Uit de prestatiemeting blijkt dat bij 6 van de 11 metingen (en ruim de helft van de zorgverzekeraars: 15 van de 26) over 2012 de uitvoering van de materiële controles nog onvoldoende was.

#### Best Practices

De zorgverzekeraars De Friesland, DSW en Zorg en Zekerheid, die vooral regionaal opereren, komen als beste bij de performance-indicator materiële controles naar voren. Dit geldt zowel voor de opzet als de uitvoering. Zij voldoen in belangrijke mate aan de gestelde normen.

#### Organisatie

Op het onderdeel 'organisatie' is de ingezette capaciteit voor de uitvoering van de materiële controles het belangrijkste verbeterpunt. Ook de inzet van medisch adviseurs bij materiële controles is bij meerdere zorgverzekeraars te beperkt.

Er bestaat geen wettelijke of een door de NZa uitgewerkte kwantitatieve norm voor de capaciteit van materiële controle. De capaciteit moet in samenhang gezien worden met de inrichting van de administratieve organisatie en de wijze waarop onderkende risico's worden afgedekt en onderzoek wordt ingesteld naar aanleiding van signalen. De capaciteit moet toereikend zijn om de onderkende risico's te kunnen afdekken via het uitvoeren van materiële controles en om ontvangen en gegenereerde signalen af te wikkelen. De NZa constateert dat bij meerdere zorgverzekeraars onvoldoende capaciteit beschikbaar is om adequaat materiële controles uit te voeren op de onderkende risico's en de ontvangen signalen.



*Plan van aanpak en risicoanalyse*

Verbeterpunten zijn de tijdigheid van het opstellen van het plan van aanpak en de algemene risicoanalyse.

Vijf maal is de tijdigheid van het opstellen van het plan van aanpak als een verbeterpunt gerapporteerd. Bij twee zorgverzekeraars, waarbij wel sprake is van een actueel plan van aanpak, ontbreekt een concrete planning voor de uitvoering van de materiële controles. Daarnaast is bij een zorgverzekeraar geconstateerd dat de in te zetten controlemiddelen onvoldoende waren beschreven.

De risicoanalyses zijn vijf maal qua reikwijdte en diepgang voor verbetering vatbaar. Voorbeelden zijn het niet in de risicoanalyse betrekken van alle kosten van prestaties of verstrekkingensoorten. Ook het onderbouwen en documenteren van de risicoanalyse vormt een verbeterpunt.

*Spiegelinformatie en data-analyse*

Gegeven de huidige stand van de automatisering moet het voor zorgverzekeraars mogelijk zijn om gebruik te maken van 'moderne controletechnieken', zoals systematische analyses, datamining en spiegelinformatie. De NZa constateert evenals over 2011 dat de voortgang bij de implementatie van deze moderne controlemethodieken traag is. De kwaliteit en omvang van de spiegels moet worden verbeterd. Nagenoeg alle zorgverzekeraars hebben inmiddels initiatieven ontwikkeld voor de implementatie van systemen voor data-analyse of datamining. Dit betreft echter veelal pilots voor één of enkele prestaties (zorgsoorten). De NZa ziet spiegelinformatie en data-analyse als een belangrijk instrument voor de risicoanalyse/aanpak en uitvoering van de materiële controles, alsmede voor de fraudeaanpak en is van mening dat de zorgverzekeraars hier meer prioriteit aan moeten geven. Op landelijk niveau zijn met behulp van Vektis enkele pilots gedraaid. De NZa ziet hierin echter nog te weinig concrete vooruitgang.

*Uitvoering materiële controles*

Op dit onderdeel zijn bij drie van de elf metingen (De Friesland, DSW en Zorg en Zekerheid) geen verbeterpunten geconstateerd. Bij de overige zorgverzekeraars betreffen de verbeteringen onder andere de volgende onderwerpen:

- De tijdigheid van de uitvoering en afronding van de materiële controles. De tijdigheid van de afronding van de materiële controles is van belang voor de tijdige vaststelling van de budgetbijdrage door het CVZ. Veel zorgverzekeraars wachten met de uitvoering van materiële controles totdat de declaratiestromen van zorgaanbieders nagenoeg volledig afgerond zijn. Hierdoor wordt de controle pas lange tijd na indiening van de declaraties uitgevoerd, met als gevolg dat het moeilijk is om (indien nodig) nog maatregelen te treffen richting zorgaanbieders en uitkomsten te betrekken bij de zorginkoop. Zorgverzekeraars kunnen naar de mening van de NZa meer gebruik maken van het dynamiseren van de materiële controles.
- Het uitbreiden van materiële controles tot alle verstrekkingensoorten en het breder inzetten van detailcontroles. Zorgverzekeraars voeren in zeer beperkte mate detailcontroles uit. Dit houdt mede verband met de proportionaliteitseisen uit de Regeling zorgverzekering, maar is ook een gevolg van het nog niet op niveau zijn van de moderne controletechnieken, waaronder spiegelinformatie en datamining en de eerder gemaakte opmerkingen over de capaciteit.
- Het inzetten van het controlemiddel van enquêtes via verzekerden. Slechts enkele zorgverzekeraars maken gebruik van dit controlemiddel. De NZa is van mening dat de verzekerde meer moet worden betrokken bij de controle op de juistheid van de declaraties.

- Het vastleggen en onderzoeken van signalen. De NZa constateert evenals in 2011 dat zorgverzekeraars bij de materiële controle beperkt inspelen op signalen over mogelijke misstanden bij gedeclareerde zorg.

#### *Vervolgacties en evaluatie*

Bij twee van de 11 metingen (De Friesland en Zorg en Zekerheid) zijn op dit onderdeel geen verbeterpunten geconstateerd. Bij de overige zorgverzekeraars hadden de verbeterpunten vooral betrekking op het al dan niet uitbreiden van onderzoeken indien uitkomsten daartoe wel aanleiding gaven. Het niet uitbreiden van onderzoeken heeft te maken met de veelal te beperkte capaciteit voor de uitvoering van de materiële controles. Een belangrijk aandachtspunt vormt het toepassen en invorderen van financiële correcties. Hierover zijn bij vier zorgverzekeraars verbeterpunten gerapporteerd. Door de niet tijdige afronding van materiële controles hebben nog niet alle zorgverzekeraars de uitkomsten geëvalueerd.

#### *Managementsturing en -informatie*

Drie maal is gerapporteerd dat over materiële controle geen of te beperkte managementinformatie wordt opgesteld. Voor de overige zorgverzekeraars heeft dit onderwerp geen aanleiding gegeven tot opmerkingen.

#### *Samenwerking*

De NZa is van mening dat zorgverzekeraars, net als op het gebied van onderzoek voor zorgfraude, voor de opzet en uitvoering van materiële controles beter moeten gaan samenwerken<sup>20</sup>. Momenteel ontwikkelt iedere zorgverzekeraar zelf risicoanalyses en worden materiële controles door meerdere zorgverzekeraars bij dezelfde zorgaanbieders uitgevoerd. Omdat samenwerking in de materiële controles als concurrentieel werd gezien is hieraan tot op heden slechts zeer beperkt vorm gegeven.

#### *ZN-programma 'Zinnige zorg, Zuivere rekening'.*

Zorgverzekeraars moeten in eerste instantie de benodigde verbeteringen voor de opzet en uitvoering van controles zelf oppakken. Daarnaast gaan de zorgverzekeraars op brancheniveau (via ZN) de controles intensiveren, verbeteren en beter zichtbaar maken.

Daarvoor heeft ZN het programma 'Zinnige zorg, Zuivere rekening' opgesteld, waarin meerdere activiteiten zijn opgenomen die het gehele proces, van pakketmaatregelen tot en met de controle door verzekeren, beslaat. Zorgverzekeraars willen hiermee bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg, het leveren van zinnige zorg en zichtbaar maken wat zij doen en bereiken met controles en fraudebeheersing.

De prioriteiten op de korte termijn liggen op de volgende activiteiten:

- Inventariseren van alle mogelijkheden in de keten voor ongepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik. Binnen de MSZ is deze inventarisatie gericht op Varices en Lumbago en op het aspect upcoding. Binnen de GGZ is deze inventarisatie gericht op het aspect 'hoofdbehandelaarschap' en op verslavingszorg.
- Vormgeven van de rol van de verzekerde bij het controleren van de nota.
- Inventariseren en ontwikkelen van prikkels die ervoor zorgen dat zorgaanbieders alleen gepaste zorg leveren en deze vervolgens correct declareren.

---

<sup>20</sup> Voor zover binnen de grenzen van de mededingingswet.

- Communicatie en creëren van bewustwording over de ontwikkelingen, initiatieven en resultaten van zorgverzekeraars voor ongepast gebruik en oneigenlijk gebruik en misbruik.

Op de langere termijn ligt de nadruk op:

- Verdere professionalisering van het reviewproces van de beleidsregels van de NZa. Doel hiervan is om concept beleidsregels te toetsen op uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en fraudebestendigheid.
- Vervanging van de huidige AO/IC kaderregeling door een uniforme basiscertificering, met op termijn daarboven op maatwerk voor 'horizontaal toezicht' voor individuele instellingen.
- Screening van zorgaanbieders om de kwaliteit en integriteit te bewaken en fraude te voorkomen.
- Professionaliseren van de 'werkwijzers gepast gebruik' om gepast van ongepast gebruik te kunnen onderscheiden.
- Uniformering van de formele controles voor zowel de MSZ als de GGZ.
- Samenwerking tussen de zorgverzekeraars bij de uitvoering van materiële controle en controle op gepast gebruik voor de achterafcontrole op varices, lumbago, hoofdbehandelaarschap en huisartsen.
- Uitwisseling tussen zorgverzekeraars van signalen uit de praktijk die van belang zijn voor controle en fraudebeheersing.
- Onderzocht wordt of de data van Vektis geschikt zijn om te gebruiken voor datamining.
- Verdere voorlichting aan zorgaanbieders over geconstateerde fraude(signalen) en wat wel en niet mag.

De NZa is positief over het programma, maar benadrukt de noodzaak om voldoende voortgang te boeken.

#### *Ontwikkelingen rondom capaciteit*

De NZa is van oordeel dat de ingezette capaciteit voor materiële controle en fraudeonderzoeken (zie ook hoofdstuk 4) veelal te beperkt is. Bij meerdere zorgverzekeraars vinden momenteel reorganisaties plaats met personeelsreductie. Het risico bestaat dat dit verder ten koste gaat van de capaciteit voor controles en fraudeonderzoeken, terwijl er in de ogen van de NZa juist een intensivering plaats zou moeten vinden. Bij materiële controle en fraudeonderzoeken moeten niet de beheerskosten leidend zijn, maar moeten zorgverzekeraars uitgaan van het voldoende uitvoering geven aan de wettelijke taak die zij hierbij hebben. Ook kunnen de resultaten van de controles, nadrukkelijker dan nu gebeurt, zichtbaar worden gemaakt. Daarbij gaat het niet alleen om financiële uitkomsten, maar speelt ook het preventieve element een rol. Ook is de integriteit in de sector van belang. Dit laat zich niet alleen in euro's uitdrukken. De NZa zal bij de komende onderzoeken de inzet van capaciteit voor de materiële controle en fraudeonderzoeken volgen. Capaciteit is geen doel op zich, maar de capaciteit moet wel toereikend zijn om de onderkende risico's en de signalen<sup>21</sup> tijdig af te wikkelen. Methoden die verder kunnen bijdragen aan een efficiënte inzet van mensen en middelen zijn onder andere:

- de inzet van een flexibele schil aan capaciteit;
- meer samenwerking tussen de zorgverzekeraars;
- de inzet van moderne controletechnieken;
- de inzet van preventieve maatregelen, zoals (selectieve) zorginkoop, horizontaal toezicht<sup>22</sup> en machtigingen op risicovolle behandelingen.

<sup>21</sup> Hierbij gaat het niet alleen om passief wachten op signalen die worden ontvangen, maar zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk om actief signalen te genereren via onder andere spiegelinformatie en systemen voor datamining.

<sup>22</sup> Horizontaal toezicht kan alleen onder voorwaarden goed werken. Als controle en verantwoording bijvoorbeeld verschoven wordt naar een ziekenhuis moet de governance-structuur van dat ziekenhuis wel adequaat zijn ingericht (bijvoorbeeld

### *Materiële controles in relatie tot de privacy*

De Rzv stelt voorwaarden waaronder zorgverzekeraars materiële controles, en in de laatste fase detailcontroles met inzage van medische dossiers, kunnen uitvoeren. De bepalingen in de Rzv dienen de privacy van verzekerden te borgen.

De NZa constateert dat de zorgverzekeraars door deze bepalingen worden belemmerd in het bijvoorbeeld steekproefsgewijs controleren van declaraties voor materiële controles. De NZa constateert ook dat brancheorganisaties van zorgaanbieders actief zijn in het voorlichten van de zorgaanbieders over de rechten en plichten voor materiële controles. Ook constateert de NZa dat zowel zorgverzekeraars, als het College Bescherming persoonsgegevens (CBP), te maken hebben met juridische procedures over de materiële controles. Deze ontwikkelingen dragen er toe bij dat zorgverzekeraars terughoudend zijn in de uitvoering van de materiële controles en dan vooral de detailcontroles. Naar mening van de NZa verdient het aanbeveling dat de wettelijke mogelijkheden voor zorgverzekeraars tot het instellen van controles worden verruimd. Het moet mogelijk worden dat zorgverzekeraars zonder directe vermoedens van fraude een steekproef op dossiers kunnen nemen<sup>23</sup>. De NZa is hierover in overleg met VWS en het CBP.

### *Vervolgacties NZa*

De NZa heeft bij de zorgverzekeraars, die een onvoldoende hebben gescoord bij de prestatiemeting, maatregelen getroffen. Ook de zorgverzekeraars, die een voldoende hebben gescoord, moeten veelal nog verbeteringen doorvoeren. De NZa beoordeelt de getroffen verbeteringen bij het komende onderzoek.

## **3.3 Conclusie materiële controle**

De Friesland, DSW en Zorg en Zekerheid scoren de best practice. De prestatiemeting 2012 wijst uit dat zes (concerns van) zorgverzekeraars de materiële controle nog onvoldoende uitvoeren. Ook bij de zorgverzekeraars die de materiële controles wel voldoende uitgevoerd hebben, zijn verbeterpunten geconstateerd. De NZa verwacht van de zorgverzekeraars dat zij de materiële controle op een hoger peil brengen. Dat kunnen zij doen door de materiële controles meer te dynamiseren<sup>24</sup>, de ontvangen en gegenereerde signalen/meldingen over (mogelijk) onrechtmatige declaraties beter af te wikkelen en stringenter vervolgacties te nemen. De NZa is ook van oordeel dat zorgverzekeraars meer capaciteit vrij moeten maken voor materiële controles. Daarnaast moeten zij moderne controletechnieken, zoals datamining, sneller implementeren. Ook is van belang dat zorgverzekeraars beter gaan samenwerken in de opzet en uitvoering van materiële controles, voor zover binnen de grenzen van de mededingingswet. Het merendeel van de zorgverzekeraars die onvoldoende uitvoering geven aan materiële controles heeft inmiddels in 2013 verbetermaatregelen getroffen, mede naar aanleiding van het NZa onderzoek over 2010 en 2011. De NZa volgt de ontwikkelingen rondom de uitvoering van de materiële controles nadrukkelijk.

---

goede administratieve organisatie en interne beheersing, goed functionerend toezicht). De NZa ontvangt momenteel veel signalen over incorrect declareren door ziekenhuizen. De zorgverzekeraar zal eerst moeten vaststellen dat een ziekenhuis aan de vereisten voor horizontaal toezicht voldoet.

<sup>23</sup> Zie ook aanbeveling in het rapport 'Onderzoek zorgfraude, tussenrapportage', NZa, december 2013.

<sup>24</sup> Het dynamischer uitvoeren van materiële controles, gebruik makend van moderne controletechnieken en niet wachten met de uitvoering van materiële controles totdat de declaratiestromen van zorgaanbieders nagenoeg volledig afgerond zijn.

## 4. Misbruik en oneigenlijk gebruik (m&o)

### 4.1 Inleiding

Zorgverzekeraars hebben een taak in de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik (m&o, ook wel aangeduid als zorgfraude). De bestrijding van m&o is één van de performance indicatoren van de prestatiemeting voor 2012.

In de prestatiemeting 2012 zijn per processtap normen bepaald waaraan het proces bestrijding m&o is getoetst:

- Organisatie: de zorgverzekeraar moet een toereikende organisatie hebben voor de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de Zvw.
- Controle-aanpak: de zorgverzekeraar heeft een actueel plan van aanpak – beleidsplan/controleplan – dat gericht is op de bestrijding van m&o.
- Uitvoering: de zorgverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het plan van aanpak bestrijding van m&o.
- Vastleggen signalen: de zorgverzekeraar registreert signalen en onderzoek naar m&o in een database (of verwijzingsindex of incidentenregister) met inzicht in aard en omvang.
- Sturing en managementinformatie: het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de bestrijding van m&o. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.

Bij het onderzoek naar het proces van bestrijding m&o heeft de NZa getoetst of en in welke mate zorgverzekeraars voldoen aan deze toetingspunten. Zie voor het volledige toetsingskader, inclusief normen, bijlage 1.

### 4.2 Bevindingen m&o

#### *Follow up 2011*

De NZa heeft naar aanleiding van het onderzoek 2011 aan 14 zorgverzekeraars een informatieverzoek opgelegd om verbeterplan voor m&o op te stellen. Bij een aantal zorgverzekeraars beschreven de ingediende verbeterplannen onvoldoende met welke visie, organisatie, middelen en planning de activiteiten op het gebied van misbruik en oneigenlijk gebruik naar een goed niveau zouden worden gebracht. Deze zorgverzekeraars hebben een herzien verbeterplannen moeten indienen. Uiteindelijk heeft dit geleid tot verbeterplannen met voldoende reikwijdte en diepgang. Het effect van de verbetermaatregelen zal naar verwachting tot uiting komen vanaf 2013<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> De (aangepaste) verbeterplannen zijn in de loop van 2013 opgesteld.

*Performance-indicator misbruik en oneigenlijk gebruik*

De uitkomsten van de prestatiemeting voor de performance indicator misbruik en oneigenlijk gebruik zijn weergegeven in onderstaande tabel:

**Tabel 4.1. Performance-indicator misbruik en oneigenlijk gebruik**

Materiële controle	Totaal aantal zorgverzekeraars	Achmea	ASR	CZ	De Friesland	DSW	Eno	FBTO	Menzis	ONVZ	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgverzekeraars	n=26	5	1	4	1	2	1	1	3	1	6	1
Oordeel NZa	n=11	O	V	V	V	V	O	O	O	V	O	V

Bron: NZa

Uit de prestatiemeting blijkt dat bij 5 van de 11 metingen (en 60% van de zorgverzekeraars: 16 van de 26) over 2012 de uitvoering van m&o nog onvoldoende was.

*Best Practices*

De NZa noemt zorgverzekeraar DSW als best practice voor de onderzoeken naar zorgfraude. Deze zorgverzekeraar is zeer actief in het onderzoeken van fraudesignalen.

*Organisatie*

Bij vier van de elf metingen (De Friesland, DSW, ONVZ en Zorg en Zekerheid) heeft de organisatie voor het proces bestrijding van m&o geen aanleiding gegeven tot het rapporteren van verbeterpunten. Bij de overige zorgverzekeraars zijn verbeterpunten gerapporteerd waarbij het inzetten van meer capaciteit voor de onderzoeken naar zorgfraude het belangrijkste verbeterpunt vormde. Dit aspect behoeft zes maal verbetering. De NZa constateert dat deze zorgverzekeraars niet voldoende onderzoek doen naar fraudesignalen en geconstateerde risico's. Ook duren onderzoeken vaak lang door de te beperkte capaciteit.

Een ander verbeterpunt betreft de positie van de coördinator fraudebestrijding. Deze wordt niet bij alle zorgverzekeraars betrokken bij de risicoanalyse en de evaluatie van uitkomsten van de materiële controle. De NZa constateert dat de coördinator fraudebestrijding bij een groot aantal zorgverzekeraars te veel afhankelijk is van andere afdelingen voor de inzet van fraudeonderzoek. Ook heeft de coördinator niet altijd de bevoegdheden om zelfstandig te bepalen naar welke fraudesignalen onderzoek wordt ingesteld.

Het professionaliseren van de afdelingen die ingesteld zijn voor fraudeonderzoek vormt hiermee een belangrijk verbeterpunt.

### *Controle-aanpak*

Bij twee van de elf metingen (ONVZ en Zorg en Zekerheid) heeft de NZa over de controle-aanpak geen verbeterpunten gerapporteerd.

Bij de overige zorgverzekeraars is vastgesteld dat de controle-aanpak verbetering behoeft. Zeven maal betreft dit het opstellen van een actueel en gestructureerd plan van aanpak gericht op bestrijding van zorgfraude, waarin duidelijk is opgenomen:

- Op welke wijze invulling wordt gegeven aan de (inrichtings-) eisen van het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars en het Convenant aanpak verzekeringsfraude.
- Een (geïntegreerde) risicoanalyse (met materiele controle) met een vertaling van de risico's naar onderzoeken en een planning hiervoor.
- Dat invulling wordt gegeven aan artikel 7.10 van de Regeling zorgverzekering.

Drie zorgverzekeraars/concerns hebben aan deze verbeterpunten in 2013 inmiddels al invulling gegeven.

Twee maal was er wel sprake van een actueel controleplan, maar is het verbeterpunt dat de aanpak zich niet alleen moet richten op ontvangen signalen, maar dat ook de risicoanalyse naar fraudegevoelige processen input moet vormen voor de fraudeonderzoeken.

### *Uitvoering*

Met uitzondering van één zorgverzekeraar (De Friesland) zijn op dit aspect verbeterpunten gerapporteerd. De verbeterpunten betreffen vooral het invulling geven aan data-analyse en datamining voor de selectie van fraudeonderzoeken. Bij nagenoeg alle zorgverzekeraars worden de onderzoeken bepaald door ontvangen fraudesignalen, vanuit de interne organisatie of vanuit externe bronnen. Onderzoeken gebaseerd op risicoanalyse, ondersteund door data-analyse vinden nog nauwelijks plaats. Als gevolg van de beperkte capaciteit zijn er veel signalen die nog nader moeten worden onderzocht. Andere vaker voorkomende verbeterpunten vormen het geven van voorlichting aan medewerkers om de fraudealertheid te verhogen, en aandacht voor de bestrijding van interne fraude.

### *Vastlegging signalen*

Op dit onderdeel heeft de NZa in beperkte mate verbeterpunten geconstateerd. Zeven van de elf maal zijn geen verbeterpunten gerapporteerd bij de zorgverzekeraars/concerns. De geconstateerde verbeterpunten bij de overige zorgverzekeraars betreffen vooral het verbeteren van de registratie van de fraudesignalen waardoor inzicht wordt verkregen in de status hiervan. Opgemerkt wordt dat de zorgverzekeraars in 2012 zijn overgegaan tot het melden van fraudesignalen aan het Kenniscentrum Fraudebeheersing van ZN.

### *Sturing en managementinformatie*

Bij vijf zorgverzekeraars/concerns zijn geen verbeterpunten gerapporteerd over de sturing en managementinformatie. Bij de overige zorgverzekeraars is gerapporteerd dat de managementinformatie zodanig moet worden uitgebreid dat hierop sturing mogelijk is door het management. Bij deze zorgverzekeraars waren veelal wel uitkomsten gerapporteerd, maar ontbrak het aan informatie over het aantal ontvangen signalen, het aantal onderzoeken en doorlooptijden. Deze informatie is van belang mede gelet op de bevindingen over de capaciteit voor de onderzoeken naar frauderisico's en signalen.

#### *Monitor naleving protocol Verzekeraars en Criminaliteit*

Het Verbond van Verzekeraars en ZN kennen het 'protocol Verzekeraars en Criminaliteit'. Gekoppeld aan dit protocol hebben zij een monitor / self-assessment ontwikkeld. Met deze monitor brengen de (zorg)verzekeraars in beeld in welke mate zij voldoen aan het protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Onderdeel van dit protocol vormt de verplichting voor de (zorg)verzekeraars om de beheersingsmaatregelen ten minste elke twee jaar te laten beoordelen door een audit. Voor 2012 was de monitor nog niet tijdig beschikbaar.

#### *Fraudesignalen Kenniscentrum Fraudebeheersing*

Het Kenniscentrum Fraudebeheersing van ZN vervult een functie bij de ontvangst en doorzending van fraudesignalen naar de NZa en het Verbond van Verzekeraars.

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

Met deze procedure doen zorgverzekeraars niet langer aangifte van fraude bij de politie of het Openbaar Ministerie. Het jaar 2012 moet worden gezien als een overgangsjaar vanwege technische problemen, beperkte capaciteit en definitieverschillen. Ook waren er aanloopproblemen bij de meldingen van ZN aan de NZa. Het aantal meldingen (2012: 10 en 2013: 40) is achtergebleven bij de verwachtingen. Het Kenniscentrum stuurt alleen die zaken door aan de NZa waarbij sprake is van een volledig afgerond onderzoek door de zorgverzekeraar en waarbij fraude is bewezen.

De NZa, VWS en ZN zijn over het proces van melden van fraudesignalen in overleg.

#### *Overige ontwikkelingen*

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

ZN stelt voor de langere termijn de Branchevisie 2015-2017 fraudebeheersing en de verbinding met controle op. Ook oriënteert ZN zich op de doorontwikkeling van het informatiesysteem voor afhandeling, registratie en afhandeling van signalen en op de opleiding fraudebeheersing voor het register Coördinator Fraudebeheersing.

#### *Resultaten zorgfraude*

Jaarlijks publiceert ZN fraude- en controlecijfers. In juli 2013 heeft ZN een persbericht uitgebracht waaruit blijkt dat er in 2012 voor € 15,9 mln. is bespaard op de zorgkosten door onderzoek naar zorgfraude. Hiervan is voor een bedrag van € 6 mln. sprake van bewezen zorgfraude voor zowel de AWBZ, Zvw als de aanvullende verzekering. Voor de Zvw bedraagt de bewezen fraude circa € 2,3 mln. (2011: circa € 5 mln. ).

Op het totaal aan uitgaven voor de Zvw is het bedrag aan bewezen zorgfraude voor de Zvw ad € 2,3 mln. erg laag.

De NZa ziet als mogelijke verklaring voor de relatief lage frauderesultaten de te beperkte capaciteit bij de zorgverzekeraars, alsmede het nog te beperkt toepassen van moderne controletechnieken zoals datamining voor de fraudeonderzoeken.



### *Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding (EZB)*

In februari 2013 hebben negen partijen - de NZa, IGZ, Belastingdienst, FIOD, Inspectie SZW, OM, ZN, CIZ en VWS - de Taskforce Integriteit Zorgsector opgericht en een convenant afgesloten om de samenwerking te intensiveren.

Een van de eerste resultaten van de Taskforce Integriteit Zorgsector is de oprichting van het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding. De convenantpartijen vaardigen medewerkers af. Het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding heeft twee functies, een strategische- en een operationele functie. Bij de strategische functie speelt intelligence een belangrijke rol bij het verzamelen, verwerken en interpreteren van (digitale) gegevens waarmee (patronen van) fraude in de zorg opgespoord kunnen worden. Bij de operationele functie gaat het om het gezamenlijk aanpakken van meervoudige zorgfraudezaken in de gezondheidszorg op gebieden waar de grootste risico's liggen, zoals de GGZ en de medisch specialistische zorg. Om te bezien of deze gezamenlijke werkwijze inderdaad een verbetering van de aanpak van zorgfraude oplevert, stelt VWS hiervoor financiële middelen beschikbaar voor een proefperiode vanaf de start najaar 2013 tot ultimo 2014.

### *Risicoanalyse Fraude in de Medisch specialistische Zorg*

De NZa neemt deel aan de projectgroep Risicoanalyse Fraude in de Medisch Specialistische Zorg (MSZ) van het Ministerie van VWS. Het doel van deze risicoanalyse is het vergroten van inzicht in de oorzaken van frauderisico's binnen de MSZ.

Er zijn in totaal 14 risico's onderkend. De twee belangrijkste risico's zijn 'het risico dat niet-verzekerde zorg gedeclareerd wordt ten laste van de Zvw' en 'het risico dat verschillende specialismen meerdere DBC's openen voor één zorgvraag, terwijl geen sprake is van multidisciplinaire behandeling'. Beide risico's zijn in de projectgroep nader uitgewerkt.

### *Onderzoek NZa naar omvang zorgfraude*

De NZa doet momenteel onderzoek naar de omvang van de zorgfraude en fraudegevoelige aspecten en heeft hierover in december 2013 separaat gerapporteerd via een 'tussenrapportage'<sup>26</sup> en diverse aanbevelingen gedaan. Het eindrapport wordt naar verwachting in juli 2014 gepubliceerd.

### *Vervolgacties NZa*

De NZa heeft bij de zorgverzekeraars, die een onvoldoende hebben gescoord bij de prestatiemeting, maatregelen getroffen. Ook de zorgverzekeraars, die een voldoende hebben gescoord, moeten veelal nog verbeteringen doorvoeren. De NZa beoordeelt de getroffen verbeteringen bij het komende onderzoek.

---

<sup>26</sup> Onderzoek Zorgfraude, tussenrapportage, NZa, december 2013.

### 4.3 Conclusie m&o

De zorgverzekeraar DSW scoort de best practice. Uit de prestatiemeting 2012 blijkt dat de bestrijding van m&o bij een groot aantal zorgverzekeraars nog niet voldoet aan de eisen. Ook bij de zorgverzekeraars die m&o voldoende uitgevoerd hebben, zijn verbeterpunten geconstateerd.

Een verbetering die gerealiseerd moet worden is de meer planmatige aanpak met ondersteuning van automatiseringstools voor data-analyse. Daarnaast is van belang dat de afdelingen die belast zijn met de fraudeonderzoeken beschikken over voldoende capaciteit. De huidige capaciteit is niet toereikend om fraudesignalen tijdig te onderzoeken. Dat probleem zal groter worden zodra declaratiebestanden systematisch worden geanalyseerd, omdat dan naar verwachting meer signalen gegenereerd zullen worden.

Het merendeel van de zorgverzekeraars die onvoldoende uitvoering geven aan m&o heeft inmiddels wel verbetermaatregelen getroffen, mede naar aanleiding van het NZa onderzoek over 2011. De NZa blijft de ontwikkelingen op het terrein van bestrijding M&O nadrukkelijk volgen.

## 5. Gepast gebruik

### 5.1 Inleiding

Gepast gebruik bestaat in het kader van het vereveningsonderzoek uit drie onderdelen:

- De gedeclareerde zorg voldoet aan de indicatievoorwaarden zoals gesteld in de Zvw (indien van toepassing).
- De gedeclareerde zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk (effectieve zorg).
- De verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op de zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak).

Gepast gebruik is één van de performance-indicatoren van de prestatiemeting 2012.

#### *Indicatievoorwaarden*

Voor een aantal verzekerde prestaties uit de Zvw gelden indicatievoorwaarden. Dat houdt in dat de zorg alleen door de Zvw is gedekt als de zorg toegepast wordt bij de genoemde indicaties. Door middel van formele controles dient de zorgverzekeraar vast te stellen dat aan deze indicatievoorwaarden is voldaan (zie ook hoofdstuk 6).

#### *Stand van de wetenschap en praktijk*

Voor de stand van wetenschap en praktijk geldt volgens het Besluit Zorgverzekering dat een prestatie die niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk ('evidence based') geen verzekerde prestatie betreft. Onder andere het CVZ publiceert regelmatig nadere standpunten of verrichtingen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De standpunten zijn niet limitatief, maar zijn wel richtinggevend.

#### *Redelijkerwijs aangewezen*

Bij redelijkerwijs aangewezen zijn de principes van stepped care van belang. Stepped care houdt in dat een bepaalde volgorde in de zorg wordt aangehouden. Er mag pas naar een zwaarder, ingrijpender of duurder middel worden overgegaan als een minder zwaar, ingrijpend of goedkoper middel geen (verwacht) effect heeft. Een beperkte, eenvoudige behandeling wordt als eerste ingezet<sup>27</sup>, en pas als deze niet (voldoende) effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende (duurdere) interventie.

In het Besluit Zorgverzekering is aangegeven dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang *redelijkerwijs is aangewezen*. Het criterium redelijkerwijs aangewezen bepaalt wanneer de zorg voor een individuele verzekerde onder de verzekerde prestaties valt.

#### *Mogelijke vormen van ongepast gebruik*

Ongepast gebruik van zorg kan zich uiten in bijvoorbeeld onder<sup>28</sup>- en overbehandeling, te snel dure behandelingen inzetten terwijl dit niet nodig is of geen gebruik van een effectieve behandelingsmethode.

<sup>27</sup> Uiteraard is een en ander afhankelijk van de gestelde indicatie en lenen niet alle zorgvragen zich voor een stepped care benadering.

<sup>28</sup> Voor onderbehandeling bestaan er meer natuurlijke prikkels om dit tegen te gaan dan bij overbehandeling. De zorgverzekeraar heeft immers een zorgplicht en ook de patiënt zal meestal een prikkel hebben om zorg te verlangen.

*Focus op gepast gebruik om bewustwording en inspanningen zorgverzekeraars te vergroten*

Het onderzoek van de NZa naar gepast gebruik heeft tot doel de bewustwording van de zorgverzekeraars op het gebied van (on)gepast gebruik van zorg te vergroten en hun gedrag te beïnvloeden, zodat zorgverzekeraars declaraties beter controleren en de uitkomsten van deze controles beter doorvertalen naar andere onderdelen in de organisatie (zoals bijvoorbeeld naar de zorginkoop).

De NZa besteedt sinds 2010 extra toezichtaandacht aan gepast gebruik van zorg, waarbij het toezicht jaarlijks wordt aangescherpt. De zorgverzekeraars moeten zich in het Uitvoeringsverslag 2012 verantwoorden over hun inspanningen op het gebied van de *stand van wetenschap en praktijk* en *redelijkerwijs aangewezen*. De externe accountant van de zorgverzekeraar toetst de juistheid van de beweringen in het Uitvoeringsverslag op deze onderdelen en rapporteert hierover in een rapport van bevindingen.

Voor 2012 heeft de NZa normen bepaald waaraan de inspanningen van de zorgverzekeraar op de onderdelen *stand van wetenschap en praktijk* en *redelijkerwijs aangewezen* worden getoetst. Toetsing vindt plaats op de volgende twaalf toetsingsaspecten:

- De zorgverzekeraar treft voor gepast gebruik een mix van preventieve en repressieve maatregelen.
- De zorgverzekeraar betreft in de risicoanalyses: de CVZ-standpunten op [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl), signalen vanuit media en verzekerden over ongepast gebruik, uitkomsten eigen onderzoeken en controles over ongepast gebruik, uitkomsten praktijkvariatie, datamining, spiegelinformatie, etc., inbreng vanuit zorginkoop en de medisch adviseurs, informatie vanuit externe bronnen over ongepast gebruik en het financiële belang.
- De zorgverzekeraar betreft de stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen in de zorginkoop bij zorgaanbieders;
- De zorgverzekeraar controleert en handhaaft de contractuele afspraken met de zorgaanbieders.
- De zorgverzekeraar bepaalt het machtigingenbeleid, mede in relatie tot gepast gebruik.
- De zorgverzekeraar formuleert maatregelen in de polisvoorwaarden om controle en handhaving van de stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen te bevorderen.
- De zorgverzekeraar zet spiegelinformatie, statistische analyse en datamining in om afwijkingen in declaratiepatronen te constateren (praktijkvariatie).
- De zorgverzekeraar onderneemt actie op de onverklaarbare praktijkvariatie.
- De zorgverzekeraar zet medische adviseurs in om ongepast gebruik te signaleren en tegen te gaan.
- Zorginkoop, materiële controle, medisch adviseurs, schadeverwerking, interne controle en, rekening houdend met de onafhankelijke positie: Internal Audit, werken samen aan de bevordering van gepast gebruik.
- Gepast gebruik wordt meegenomen in de formele en materiële controles.
- De zorgverzekeraar registreert de uitkomsten.

Zie voor het volledige toetsingskader, inclusief normen, bijlage 1.

## 5.2 Bevindingen

De belangrijkste bevindingen uit het onderzoek naar gepast gebruik zijn:

### *Follow up 2011*

Naar aanleiding van het onderzoek 2011 heeft de NZa in januari 2013 aan 16 zorgverzekeraars een informatieverzoek gestuurd met de opdracht om verbeterplannen op te stellen, omdat hun inspanningen op het gebied van gepast gebruik onvoldoende waren. Op basis van de ontvangen reacties op deze informatieverzoeken heeft de NZa geconstateerd dat van de 16 zorgverzekeraars er 3 over 2012 voldoende inspanningen hebben geleverd op het gebied van gepast gebruik. De overige zorgverzekeraars hadden medio 2013 hun verbeterplannen gereed waardoor de te treffen verbetermaatregelen nog veelal onderhanden waren en op zijn vroegst in 2013 effect krijgen.

### *Performance indicator gepast gebruik*

De uitkomsten van de prestatiemeting voor de performance indicator gepast gebruik zijn weergegeven in onderstaande tabel.

**Tabel 5.1. Performance indicator gepast gebruik**

Gepast gebruik	Totaal aantal zorgverzekeraars	Achmea	ASR	CZ	De Friesland	DSW	Eno	FBTO	Menzis	ONVZ	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgverzekeraars	n=26	5	1	4	1	2	1	1	3	1	6	1
Oordeel NZa	n=11	O	O	O	V	V	O	O	V	O	O	V

Uit de prestatiemeting blijkt dat bij 7 van de 11 metingen (en meer dan twee derde van de zorgverzekeraars: 19 van de 26) over 2012 nog onvoldoende inspanningen hebben geleverd op het gebied van gepast gebruik.

### *Best Practices*

De zorgverzekeraars DSW en Zorg en Zekerheid komen als best practice uit de prestatiemeting naar voren. Zij voldoen in belangrijke mate aan de gestelde normen.

Hieronder wordt ingegaan op de belangrijkste verbeterpunten die uit het onderzoek naar voren komen:

### *Meer en bewuster aandacht voor gepast gebruik in de controleaanpak en uitvoering*

Alle zorgverzekeraars voeren in enige mate controles uit op het gebied van gepast gebruik. Het ontbreekt echter bij acht van de elf zorgverzekeraars/concerns aan een vooraf weloverwogen opgesteld controleplan en risicoanalyse waarin bewust aandacht wordt besteed aan de risico's op het gebied van gepast gebruik (stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen) en de hiervoor het beste in te zetten mix van controlemaatregelen. Bij de bepaling van de controleaanpak moeten zorgverzekeraars bewust afwegen in hoeverre het beste gebruik kan worden gemaakt van bijvoorbeeld selectieve inkoop, specifieke inkoopvoorwaarden en naleving hiervan, machtigingen, data-analyse, formele en materiele controles om gepaste

zorg te waarborgen. De zorgverzekeraar moet de controleaanpak ijken aan de uitkomsten van de controleactiviteiten om zo de beste mix van instrumenten in te kunnen zetten.

Ook bij de zorgverzekeraars die zich op basis van de prestatiemeting voldoende inspinnen op het gebied van gepast gebruik zijn er nog aandachtspunten. Dit zijn het plan van aanpak op de lange termijn en een zichtbare afweging of en voor welke specialismen machtigingen worden ingezet.

*Organisaties nog niet volledig aangepast op controleaanpak gepast gebruik*

De wijzigingen die de zorgverzekeraars hebben ingezet dan wel gaan inzetten bij de controleaanpak van gepast gebruik van zorg hebben automatisch ook gevolgen voor de organisatie. Zowel het kwantitatief als kwalitatief aanpassen van de organisatie op deze nieuwe aanpak vergt tijd. Uit de prestatiemeting blijkt dat vier van de elf zorgverzekeraars/concerns nog moeten evalueren of ze over de benodigde capaciteit aan bijvoorbeeld medisch adviseurs beschikken of dat deze nog moet worden aangepast.

*Intensiveren gebruik spiegelinformatie en data-analyse om ongepast gebruik te signaleren*

Spiegelinformatie en data-analyse worden steeds meer door de zorgverzekeraars ingezet. Het gebruik hiervan is echter bij zes van de elf zorgverzekeraars/concerns nog niet structureel in het controleproces verankerd. Ook hier geldt dat de vertaling van de uitkomsten naar vervolgacties en naar andere afdelingen binnen de organisatie van de zorgverzekeraar nog onvoldoende is. Zes van de elf zorgverzekeraars/concerns moeten nog een dataminingtool implementeren of hebben deze pas net geïmplementeerd waardoor datamining nog slechts beperkt plaatsvindt.

*Zorgverzekeraars moeten optreden bij mogelijk ongepast gebruik*

Op het moment dat de zorgverzekeraar stuit op mogelijk ongepast gebruik, bijvoorbeeld onverklaarbare praktijkvariatie vanuit de data-analyse of vanuit de formele of materiële controles, is het zaak dat hij adequaat actie onderneemt. Zorgverzekeraars moeten de uitkomsten van hun controles nog meer betrekken bij bijvoorbeeld de inkoop door selectief in te kopen of specifieke inkoopvoorwaarden te stellen (en te controleren of deze worden gevolgd) en bij verder onderzoek (zoals bijvoorbeeld het lichten van medische dossiers). Bij acht van de elf zorgverzekeraars/concerns is dit nog een verbeterpunt.

*Project Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces*

Het project PInCeT (Project Intensivering Controle en Toezicht) is medio 2011 onder regie van het Ministerie van VWS van start gegaan, met naast de NZa als deelnemende partijen het CVZ, DBC-Onderhoud, ZN, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). Het doel van dit project was na te gaan hoe een intensivering van controle en toezicht kunnen voorkomen dat declaraties voor ziekenhuiscare die niet voldoen aan de wettelijke voorwaarden, toch worden vergoed. Dit project is in 2013 voortgezet onder de naam Intensiveren Ketenaanpak Correct Declareren (hierna: IKCD). In september 2013 hebben de betrokken partijen het 'Plan van aanpak Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces' vastgesteld. Hierin staan maatregelen en projecten van deelnemende organisaties die, elk op hun eigen terrein, gericht zijn op het borgen van de kwaliteit van de declaraties. In het project IKCD is

meer dan in het recente verleden aandacht voor maatregelen aan de voorkant van de keten (onder andere het verhelderen van regelgeving / het inperken van grijze gebieden en het 'door ontwikkelen' van de AO/IB van zorgaanbieders) en voor de 'softe' kant van de keten (onder andere bewustwording van verantwoordelijkheden en cultuurverandering). In het project staat correct declareren centraal, maar komt ook gepast gebruik van medisch specialistische zorg aan de orde.

#### *Deelname Ronde Tafel Gepast Gebruik*

De NZa heeft samen met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), ZN, DBC-Onderhoud, de Regieraad Kwaliteit van Zorg (per 1-1-2013 opgegaan in het CVZ), ZonMw en het CVZ een convenant gesloten om gepast gebruik van zorg te bevorderen<sup>29</sup>. Daartoe worden iedere 6 weken ronde tafelbijeenkomsten gehouden waarbij casuïstiek wordt besproken en structurele belemmeringen worden geïdentificeerd.

#### *Vervolgacties NZa*

De NZa heeft bij de zorgverzekeraars, die een onvoldoende hebben gescoord bij de prestatiemeting, maatregelen getroffen. Ook de zorgverzekeraars, die een voldoende hebben gescoord, moeten veelal nog verbeteringen doorvoeren. De NZa beoordeelt de getroffen verbeteringen bij het komende onderzoek.

### **5.3 Conclusie**

De zorgverzekeraars DSW en Zorg en Zekerheid scoren als best practice. Uit de prestatiemeting 2012 blijkt dat meer dan twee derde van de zorgverzekeraars zich nog onvoldoende heeft ingespannen op het gebied van gepast gebruik. Ook bij de zorgverzekeraars die voor de performance-indicator gepast gebruik voldoende hebben gescoord, zijn verbeterpunten geconstateerd. Zorgverzekeraars moeten vooral:

- Meer en bewuster aandacht hebben voor gepast gebruik in zowel de controleaanpak als de uitvoering van de controle.
- Hun organisaties aanpassen aan de vernieuwde controleaanpak op gepast gebruik.
- Het gebruik van spiegelinformatie en data-analyse intensiveren.
- Zowel richting de eigen organisatie als richting de zorgaanbieder optreden bij indicaties van ongepast gebruik.

---

<sup>29</sup> Dit convenant is gesloten in 2011. In 2014 wordt dit convenant vernieuwd waarbij een aantal nieuwe partijen het convenant mee gaan ondertekenen.





## 6. Formele controles

### 6.1 Inleiding

Het doel van formele controles is het toetsen of een declaratie voldoet aan de geldende regelgeving. Voorbeelden van dergelijke controles zijn:

- De zorg is geleverd aan een bij de zorgverzekeraar verzekerd persoon.
- De aanspraak valt binnen de verzekerde prestaties van de Zvw (basisverzekering).
- De zorg is geleverd door een bevoegde zorgaanbieder/behandelaar.
- De zorg is gedeclareerd tegen het juiste tarief.

#### *Aanneemsommen en plafondaafspraken*

Per 1 januari 2012 is de DBC-systematiek vervangen door de DOT-systematiek. Over 2012 zijn veel zorginkoopafspraken gebaseerd op vaste aanneemsommen en/of plafondaafspraken. De reden hiervoor is veelal het gebrek aan 'historisch vergelijkingsmateriaal', waardoor schadelastbeheersing zonder dit instrument lastiger is. Daarnaast speelt de totstandkoming van de 'Hoofdlijnenakkoorden'<sup>30</sup> voor medisch specialistische zorg een rol, waarbij is afgesproken dat de stijging van de zorgkosten gemaximeerd wordt.

Diverse zorgverzekeraars hebben aangegeven dat de financiële prikkel tot controle bij aanneemsommen ontbreekt, omdat de aanneemsom sowieso betaald moeten worden, ook als de hoeveelheid geleverde zorg lager is. Dergelijke afspraken ontslaan de zorgverzekeraar echter niet van het uitvoeren van controles. De NZa heeft nadrukkelijk aangegeven dat de vulling van de afspraken moet plaatsvinden aan de hand van juiste declaraties voor verzekerde zorg. Daarnaast staat het de zorgverzekeraar vrij om afspraken te maken met de zorgaanbieder dat 'onrechtmatige declaraties' de aanneemsom verlagen.

#### *Achterstanden in declaraties*

Een ander gevolg van de overgang van DBC naar DOT is dat vertraging is ontstaan in het declaratieproces van zorgaanbieders. Hierdoor hebben zorgverzekeraars achterstand opgelopen bij hun controles van DOT declaraties. In 2013 zullen zorgverzekeraars extra inspanningen moeten leveren om deze achterstanden in te halen. Zie ook hoofdstuk 8 voor de gevolgen voor de strekking van de controleverklaringen.

### 6.2 Bevindingen

De belangrijkste bevindingen uit de onderzoeken zijn:

#### *Follow up 2011*

Naar aanleiding van het onderzoek 2011 heeft de NZa in januari 2013 aan 4 zorgverzekeraars een informatieverzoek gestuurd met de opdracht een verbeterplan op te stellen voor de uitvoering van de formele controles. De zorgverzekeraars hebben hieraan voldaan. De effectuering van de verbetermaatregelen moet nog gedeeltelijk plaatsvinden.

<sup>30</sup> Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015, juli 2011 en Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017, juli 2013.

### *Oordelen 2012*

Van de 26 zorgverzekeraars hebben 16 zorgverzekeraars de formele controles nog niet op een voldoende niveau uitgevoerd. Omdat de formele controle nog geen deel uitmaakt van de performancemeting (zie hoofdstuk 2), noemt de NZa de namen van de zorgverzekeraars niet in dit rapport.

### *Opzet risico analyses*

Enkele zorgverzekeraars hebben de risico analyses niet in voldoende mate tussentijds geactualiseerd, bijvoorbeeld naar aanleiding van de invoering van DOT. Dit brengt het risico mee dat de benodigde controlemaatregelen te laat geïmplementeerd worden.

### *Werking geprogrammeerde controles*

Veel van de onderkende risico's zouden afgedekt moeten worden via zogenaamde geprogrammeerde controles. Deze worden uitgevoerd via het geautomatiseerde systeem, direct bij de verwerking van de declaratie van de zorgaanbieders. Diverse zorgverzekeraars hebben problemen met het kunnen aantonen van de betrouwbare en continue werking van de in opzet aanwezige geprogrammeerde controles. Bijvoorbeeld omdat de 'general IT-controls', zoals toegangsbeveiliging en change management niet adequaat werken. Ook kan het zijn dat de zorgverzekeraar geen goed zicht heeft op welke risico's afgedekt worden via geprogrammeerde controles.

De NZa heeft er bij meerdere zorgverzekeraars op aangedrongen de betrouwbare en continue werking van de geprogrammeerde controles te verbeteren. Gezien de hoeveelheid dataverkeer (miljoenen declaraties) vindt de NZa het vanuit een adequate interne beheersing van belang dat de zorgverzekeraars dit op orde krijgen. Te meer omdat het alternatief dat zorgverzekeraars vaak kiezen als 'reparatieactie', het uitvoeren van statistische steekproeven, geen optimaal instrument is. De belangrijkste bezwaren die de NZa hier tegen heeft zijn:

- De juistheid van de declaraties wordt achteraf vastgesteld, vanuit interne beheersing is dit een minder geschikt instrument.
- De zorg is dermate complex van aard dat het zeer de vraag is of alle risico's en toetsingspunten toereikend<sup>31</sup> via een steekproef kunnen worden afgedekt.

### *Controles op parallelle en seriële DBC's*

Er zijn regels gesteld voor het openen van meerdere DBC's tegelijkertijd voor één patiënt en voor het openen van seriële DBC's. Voor de controle op mogelijke onterecht parallel of serieel gedeclareerde DBC's (MSZ en GGZ) maken de zorgverzekeraars gebruik van specifieke controlesoftware, waarbij de schademassa wordt gefilterd op combinaties die mogelijk onterecht gedeclareerd zijn.

Tijdens het onderzoek van de NZa waren de controles nog niet altijd afgerond en/of het afstemproces met de zorgaanbieders liep nog. Nog niet afgewikkelde bevindingen zijn opgenomen als ongecorrigeerde onjuistheden en/of onzekerheden in de foutentabellen bij de verantwoordingen (zie hoofdstuk 8). De NZa heeft meerdere zorgverzekeraars aangesproken op het eerder afwikkelen van de onzekerheden, vooral voor oudere jaren. Voor de jaren 2010 en ouder heeft de NZa het CVZ geadviseerd correcties te betrekken bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage, zie paragraaf 8.1.3.

---

<sup>31</sup> De NZa redeneert dit vanuit de eisen die aan de rechtmatige uitvoering van de Zvw worden gesteld en niet bijvoorbeeld vanuit een totaaloordeel bij een jaarrekening door een accountant.

### *Controle op verwijzers*

Medisch specialistische zorg valt alleen onder verzekerde zorg als de patiënt hiervoor een verwijzing heeft gekregen. De enige uitzondering hierop is spoedeisende hulp (SEH). Zorgverzekeraars dienen declaraties met het code-type 'zelfverwijzer/niet SEH' direct bij declaratieverwerking af te keuren. Veel zorgverzekeraars moeten deze controle echter nog met terugwerkende kracht uitvoeren, wat de controlerende kracht van een directe afwijzing aanzienlijk doet afnemen. De NZa heeft vernomen dat zorgverzekeraars die gestart zijn met deze controles geconfronteerd worden met een hoog percentage declaraties waarbij geen sprake lijkt te zijn van een verwijzer. De onzekerheden die dit met zich meebrengt voor de juistheid van de gedeclareerde kosten zijn veelal nog in onderzoek bij de zorgverzekeraars.

Over 2012 gold een coulanceregeling voor de verplichting om bij de declaratiegegevens de AGB code van de betreffende verwijzer aan te leveren. Dit betekent echter niet dat in de gevallen waarin deze informatie al wél beschikbaar is, deze ongebruikt kan blijven. Zorgverzekeraars dienen de geldigheid en plausibiliteit van declaraties beter te controleren met gebruik van de AGB code van de verwijzer. Een voorbeeld van een dergelijke controle is: wanneer een fysiotherapeut als verwijzer van een klinische DBC is opgegeven, zijn er dan ook één of meerdere consult-declaraties van de betreffende fysiotherapeut aanwezig? Zorgverzekeraars zullen dergelijke controles (door middel van data analyse) ook over 2012 nog moeten uitvoeren.

### *Controle verpleegdagdefinitie MSZ*

Met de invoering van DOT is de definitie van een 'verpleegdag' verduidelijkt. Voor een klinische verpleegdag geldt het criterium van een overnachting, welke goed controleerbaar is vanwege een standaardindeling in tijdsklassen. Veel zorgverzekeraars moeten het controleproces of zorgaanbieders de juiste definities hebben toegepast, nog afronden.

### *Controle dure geneesmiddelen (add ons)*

Per 1 januari 2012 worden dure geneesmiddelen gedeclareerd via zogenaamde add ons op de DBC-declaraties. Deze mogen alleen in rekening worden gebracht als ze voldoen aan de indicatievereisten uit de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'. De meeste zorgverzekeraars hebben nog geen toereikende (achteraf)-controles uitgevoerd of deze dure geneesmiddelen terecht zijn vergoed. De zorgverzekeraars moeten dit alsnog doen over 2012.

### *Controle indicatievoorwaarden*

Uit het onderzoek is gebleken dat veel zorgverzekeraars niet adequaat kunnen aantonen dat aan de indicatievoorwaarden, zoals gesteld in de Regeling Zorgverzekering, is voldaan. Uit het onderzoek 2012 blijkt dat veel zorgverzekeraars bij wijze van steekproef controles hebben uitgevoerd, maar dat deze controles nog niet volledig zijn afgerond of nog niet zijn gestart. Ook komt het voor dat de zorgverzekeraar geen adequate vervolgacties neemt als bij de controles tekortkomingen worden geconstateerd. Een aantal zorgverzekeraars moet de analyse van en controle op de naleving van de indicatievoorwaarden over 2012 verbeteren.

### *Controleerbaarheid GGZ declaraties*

De controle op declaraties van geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt bemoeilijkt doordat op deze declaraties slechts beperkte informatie staat over de behandeling. Deze beperkingen zullen vanaf 2014 in belangrijke mate worden opgeheven doordat vanaf dat moment de verplichte informatie die op de declaratie moet staan wordt uitgebreid (zie ook paragraaf 10.3). Tot die tijd zullen zorgverzekeraars

aanvullende / vervangende controlewerkzaamheden moeten uitvoeren. Bij veel zorgverzekeraars is door de ontbrekende declaratie-informatie de controledoelstelling van de formele controles 'overgeheveld' naar (de meer arbeidsintensieve) materiele controles. Zie ook hoofdstuk drie waar de NZa aandacht vraagt voor de controlecapaciteit voor de uitvoering van de materiële controles.

#### *Vervolgacties NZa*

De NZa heeft bij de zorgverzekeraars, die een onvoldoende hebben gescoord voor de formele controles, maatregelen getroffen. Ook de zorgverzekeraars, die een voldoende hebben gescoord, moeten veelal nog verbeteringen doorvoeren. De NZa beoordeelt de getroffen verbeteringen bij het komende onderzoek.

### **6.3 Conclusies**

Een groot deel van de zorgverzekeraars heeft de formele controles nog niet voldoende uitgevoerd. Belangrijke verbeterpunten zijn het sneller afwickelen van de controle op parallelle en seriële DBC's, het op orde brengen van de betrouwbare en continue werking van de geprogrammeerde controles en het uitvoeren/afwickelen van controles voor een aantal specifieke risico gebieden (bijvoorbeeld controle op verwijzers, verpleegdag, add ons, indicatievoorwaarden). Hiervoor hebben de zorgverzekeraars nog onvoldoende controlewerkzaamheden uitgevoerd. De zorgverzekeraars hebben hiervoor correcties in de verantwoordingen opgenomen cq als onzekerheid opgenomen in de foutentabellen bij de verantwoording. De onzekerheden zullen in de komende periodes door de zorgverzekeraars alsnog moeten worden uitgezocht, door het met terugwerkende kracht uitvoeren van de relevante controlewerkzaamheden.

## 7. Structurele maatregelen wanbetalers

### 7.1 Inleiding

De Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers regelt de overdracht van wanbetalers met een premie-achterstand van meer dan zes maanden aan het CVZ. De zorgverzekeraars moeten bij een betalingsachterstand van twee respectievelijk vier maanden zogenaamde twee- en viermaandsbrieven verzenden aan wanbetalers, waarin onder andere wordt aangekondigd dat na zes maanden wordt overgegaan tot overdracht van de incasso van de nominale premie aan het CVZ. Het CVZ kan na overdracht een broninhouding toepassen en/of het CJIB inschakelen om de achterstanden te innen.

In het Uitvoeringsverslag Zvw 2012 legt de zorgverzekeraar verantwoording af over de naleving van de Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers. De accountant van de zorgverzekeraar doet hiernaar onderzoek en geeft zijn bevindingen weer in het Rapport van feitelijke bevindingen bij het Uitvoeringsverslag.

In 2011 is de huidige wanbetalersregeling geëvalueerd in opdracht van het Ministerie van VWS. De uitkomsten zijn betrokken in het wetsvoorstel dat in 2013 is ingediend. De belangrijkste verbeteringen zijn gericht op de volgende drie aandachtsgebieden:

- Het verder verbeteren van de werking van het voortraject om te voorkomen dat verzekerden in het bestuursrechtelijke premieregime terechtkomen.
- Het verbeteren van de effectiviteit van de bronheffing om te komen tot een meer sluitend systeem van premiebetaling.
- Het bevorderen van de uitstroom uit het bestuursrechtelijke premieregime opdat verzekerden terugkeren naar een normaal betalingspatroon.

De voorwaarden voor het ontvangen van de wanbetalersbijdrage door zorgverzekeraars worden in het wetsvoorstel aangescherpt. Afhankelijk van de inspanning van de zorgverzekeraar kan de te ontvangen wanbetalersbijdrage verschillen. De Regeling zorgverzekering zal in de toekomst aangepast worden met een toetsingskader zodat de NZa de verschillen in inspanningen van de zorgverzekeraar kan toetsen.

### 7.2 Bevindingen

#### *Deelname*

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om deel te nemen aan de Wanbetalersregeling. Twee zorgverzekeraars hebben de regeling over 2012 niet uitgevoerd. De NZa vindt het wenselijk als zorgverzekeraars deelnemen aan de wanbetalersregeling, omdat er anders mogelijk ongewenste effecten optreden. Een ongewenst effect is bijvoorbeeld dat de zorgverzekeraar de verzekerden met een betalingsachterstand niet aanmeldt bij het CVZ, maar versneld uitschrijft. Deze verzekerden moeten zich vervolgens weer verplicht verzekeren bij een andere zorgverzekeraar. Als dit op grotere schaal plaats vindt ontstaat er een carrousel van verzekerden met betalingsachterstanden, terwijl de structurele maatregelen naar wanbetalers achterwege blijven. Eén van deze twee zorgverzekeraars voert de regeling inmiddels met ingang van november 2013 uit.

#### *Follow up voorbehoud compensatiebedragen*

Bij één zorgverzekeraar heeft de NZa naar aanleiding van de onderzoeksbevindingen 2011 een voorbehoud opgenomen voor de compensatiebedragen die de verzekeraar ontvangt van het CVZ. Dit voorbehoud is opgeheven, nader onderzoek heeft niet geleid tot een vermindering van het compensatiebedrag.

#### *Verbetermaatregelen*

De belangrijkste verbetermaatregelen naar aanleiding van het onderzoek hebben betrekking op:

– **Beheersing proces wanbetalers**

Het proces wanbetalers vertoont bij tien zorgverzekeraars onvolkomenheden op het gebied van interne beheersing en interne controles. Vooral op het gebied van aansluitingen, analyses, het inlezen van bestanden en aan- en afmeldingen.

– **Eigen adres, adres onbekend**

Zorgverzekeraars moeten maatregelen nemen om te borgen dat verzekerden uitgeschreven worden indien, na voldoende onderzoek, geen juist adres is verkregen. Dit om te voorkomen dat er onterechte aanmeldingen bij het CVZ plaatsvinden en/of aanmeldingen die voor het CVZ onuitvoerbaar blijken. Bij elf zorgverzekeraars is deze procedure in 2012 onvoldoende ingericht. In januari 2012 heeft VWS aan CVZ verzocht om geëigende stappen te zetten om terug geleiding van circa 30.000 wanbetalers aan zorgverzekeraars in gang te zetten en zorgverzekeraars te instrueren. In juli 2013 heeft dit zich herhaald voor circa 15.000 wanbetalers. In het ingediende wetsvoorstel is opgenomen dat een verzekerde bij het verzoek tot het sluiten van een zorgverzekering en bij aanmelding van een wanbetaler bij het CVZ een woonadres of briefadres moet vermelden dat overeenkomt met de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA).

– **Ontvangsten van incassobureaus en deurwaarders**

Eén maal is geconstateerd dat niet voldoende inzicht bestond in de meest actuele stand van ontvangsten door incassobureaus en deurwaarders.

– **Maandsbrieven en betalingsregelingen**

De maandsbrieven en de aangeboden betalingsregelingen van drie zorgverzekeraars/concerns voldoen niet aan alle voorwaarden zoals genoemd in artikel 18 van de Zvw. De zorgverzekeraars passen dit aan.

– **Volmachten**

Bij een volmacht kon onvoldoende worden vastgesteld dat de Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers volledig en tijdig werd nageleefd.

#### *Vervolgacties*

De betreffende zorgverzekeraars moeten maatregelen treffen om de bovenstaande tekortkomingen te verbeteren. De NZa beoordeelt de getroffen verbetermaatregelen bij het komende onderzoek. De NZa neemt handhavingsmaatregelen als er onvoldoende voortgang zichtbaar is.

### **7.3 Conclusie**

Diverse zorgverzekeraars moeten maatregelen treffen om de geconstateerde tekortkomingen in het proces structurele maatregelen wanbetalers te verbeteren. De NZa heeft geconcludeerd dat de bevindingen uit het onderzoek niet van dien aard zijn dat deze leiden tot een vermindering van het compensatiebedrag dat de zorgverzekeraars van het CVZ ontvangen.

## 8. Financiële opgaven

### 8.1 Tijdigheid aanlevering

De zorgverzekeraars hebben de in totaliteit ruim 240 verantwoordingen overwegend tijdig aangeleverd. De NZa heeft zes aanwijzingen verstuurd aan zorgverzekeraars<sup>32</sup> voor niet tijdige aanleveringen. De verantwoordingen zijn binnen de in de aanwijzing gestelde termijn aangeleverd.

### 8.2 Jaarstaat A: kosten van prestaties

#### 8.2.1 Inleiding

De jaarstaat Zvw 2012, onderdeel A, bevat een verzameling financiële informatie over de kosten van prestaties (zoals kosten medisch specialistische zorg en huisartsenzorg) en nadere specificaties voor de risicoverevening. Bij de jaarstaat, die vóór 1 juni 2013 moest worden ingediend, geeft de externe accountant van de zorgverzekeraar een controleverklaring af en geeft het bestuur van de zorgverzekeraar een bestuursverklaring af.

Onderstaande tabel vermeldt het totaal van de kosten van prestaties van alle zorgverzekeraars samen zoals opgenomen in de Jaarstaat Zvw 2012, onderdeel A opgenomen, uitgesplitst naar de jaarkolommen 2012, 2011 en 2010.

**Tabel 8.1 Kosten van prestaties Jaarstaat Zvw 2012(x € 1 mln.)**

	2012	2011	2010
Totaal kosten Jaarstaat A, kostenverzamelstaat	€ 35.468,2	€ 35.877,2	€ 34.861,2

Bron: NZa

#### 8.2.2 Controleverklaring met beperking

Bij alle zorgverzekeraars die kosten van prestaties over 2012 hebben verantwoord, is bij de Jaarstaat A een controleverklaring met beperking opgenomen. Deze beperking is opgenomen voor de mogelijke effecten van de bijzonderheden voor de declaraties medisch specialistische zorg / DOT 2012. De landelijke bijzonderheden, zoals toegelicht in de controleverklaringen, zijn:

- Door de externe accountants van ziekenhuizen zijn voor nagenoeg alle instellingen controleverklaringen met beperking afgegeven bij het verantwoordingsdocument gefactureerde DBC Zorgproducten en overige zorgproducten 2012. Deze beperking heeft betrekking op generieke landelijke risico's en onduidelijkheden in de facturatie van DBC Zorgproducten (DOT), geopend vanaf 1 januari 2012 en Overige Zorgproducten.

<sup>32</sup> De wet staat niet toe om aanwijzingen, die binnen de gestelde termijn zijn opgevolgd, te publiceren. Daarom zijn hier de namen van de zorgverzekeraars niet genoemd.

- In 2012 is voor de curatieve medisch specialistische zorg een systeem van prestatiebekostiging ingevoerd in de vorm van de DOT systematiek, met als gevolg dat vertragingen zijn ontstaan in de declaraties van prestaties van ziekenhuizen en ZBC's. Hierdoor hebben de zorgverzekeraars op de tot en met 31 december 2012 betaalde prestaties medisch specialistische zorg 2012 geen materiële controles en een minder dan gebruikelijk aantal formele controles uitgevoerd.
- De allocatie van de geraamde kosten medische specialistische zorg 2012 over de CVZ-codes en de vereveningsdeelbijdragen is verricht op basis van een inschatting die is gebaseerd op de geboekte schaden 2012. Door bovengenoemde onzekerheden over de juistheid van de schaden en de vertraging van gedeclareerde prestaties van ziekenhuizen zal naar verwachting de in de specifieke informatie onderdeel A Zvw 2012 verantwoorde allocatie gaan afwijken van de definitieve verdeling op basis van werkelijk geboekte schaden.

Deze beperking ziet alleen toe op de jaarkolom 2012 in de jaarstaat en dus niet op de jaarkolommen 2010 en 2011.

De verklaring met beperking impliceert een bandbreedte van het totaal aan onjuistheden en onzekerheden over 2012 van 3% tot 10%. Door gebrek aan controle-informatie, mede door vertraagde declaratiestromen, is deze inschatting niet preciezer te maken.

De NZa heeft aan de zorgverzekeraars aangegeven dat zij de onzekerheid over de juistheid van de kosten over 2012 moeten oplossen in de jaarstaat 2013, maar in verband met de definitieve vaststelling door het CVZ, uiterlijk in de jaarstaat 2014 door:

- Het alsnog uitvoeren van de formele en materiële controles.
- Het al dan niet gezamenlijk met de andere zorgverzekeraars (via ZN) afspraken maken met de ziekenhuizen om de daar geconstateerde onzekerheden op te lossen, voor zover van invloed op de verantwoording van de zorgverzekeraar.
- Het aanpassen van de allocatie over de CVZ-codes en de vereveningsdeelbijdragen op basis van de ontvangen declaraties en daardoor voortschrijdend inzicht.

De NZa verwacht dat deze beperking tijdelijk<sup>33</sup> is. Er is ten tijde van dit onderzoek niet voldoende controle-informatie om te onderbouwen dat declaraties waar de beperking betrekking op heeft terecht ten laste van de vereveningsverantwoording kunnen komen. Dit komt mede door de vertraagde declaratiestroom vanuit de zorgverleners. Zoals aangegeven, moeten de zorgverzekeraars deze onzekerheden over 2012 uiterlijk in de jaarstaat 2014 oplossen.

### 8.2.3 Bevindingen

#### *Follow up boete-onderzoek*

In 2013 heeft de NZa een boeterapport opgesteld voor vijf zorgverzekeraars naar aanleiding van het onderzoek naar de Jaarstaat 2011.

In deze jaarstaten bevonden zich veel fouten met grote financiële omvang waarmee de zorgverzekeraars de wet- en regelgeving hebben overtreden. De NZa hecht eraan dat een zorgverzekeraar goede verantwoordingsinformatie aanlevert, omdat op basis hiervan het CVZ de

---

<sup>33</sup> Er zijn indicaties dat voor het verantwoordingsdocument gefactureerde DBC Zorgproducten en overige zorgproducten 2013 ook controleverklaringen met beperking afgegeven gaan worden.



risicoverevening uitvoert. Verkeerde informatie van een zorgverzekeraar kan tot een onrechtmatige uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds leiden.

De NZa heeft naar aanleiding van het boeterapport in december 2013 een boetebesluit genomen. Door een lopende bezwaarprocedure zijn de hoogte van de boete en de namen van de zorgverzekeraars nog niet gepubliceerd.

#### *Onjuistheden en onzekerheden 2010 en voorgaande jaren*

De NZa heeft geconstateerd dat onjuistheden en onzekerheden over het jaar 2010 en voorgaande jaren niet bij alle zorgverzekeraars volledig zijn afgewikkeld en heeft in de individuele rapporten diverse correcties hiervoor opgenomen. Dit houdt verband met de kostendefinitie die het CVZ hanteert: schade moet uiterlijk in jaar t+2 zijn afgewikkeld, als de declaratie voor 31 december t+2 is ontvangen. De NZa heeft het CVZ geadviseerd correcties ter hoogte van € 35,8 mln. te betrekken bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage.

#### *Onjuistheden en onzekerheden 2011*

In de Jaarstaat 2012 resteert in totaliteit voor de jaarkolom 2011 € 179,7 mln. aan onjuistheden en onzekerheden (0,51% van het totaal van de kosten van prestaties 2011). Voor het overgrote deel bestaat het uit nog uit te zoeken onzekerheden. Daarnaast heeft de NZa voor één verzekeraar een voorbehoud opgenomen voor het oordeel over de kolom 2011 en 2012 in de jaarstaat voor mogelijke effecten van niet gekwantificeerde onzekerheden vanuit tekortkomingen en achterstanden in de materiële controles. Dit voorbehoud heeft op totaalniveau naar verwachting een zeer beperkte invloed.

#### *Specifieke onjuistheden en onzekerheden 2012*

Over 2012 zijn er algemene landelijke onzekerheden die geleid hebben tot de controleverklaringen met beperking bij de Jaarstaat (zie paragraaf 8.1.2). Het totaal van de specifieke nog niet gecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden, inclusief de door de NZa aanvullende geconstateerde onzekerheden, bedraagt voor de kosten van prestaties over 2012 € 273,3 mln. Dit is 0,77% van het totaal van de kosten van prestaties ad € 35.468,2 mln. (2011: € 445,3 mln., 1,24%).

De zorgverzekeraars moeten de geconstateerde nog niet gecorrigeerde onjuistheden corrigeren in de jaarstaat 2013 en de onzekerheden nader uitzoeken en indien nodig corrigeren in de jaarstaat 2013.

#### *Overige bevindingen bij de Jaarstaat A*

De NZa heeft bij twee zorgverzekeraars geconstateerd dat kosten niet goed uitgesplitst waren. De NZa heeft het CVZ in de desbetreffende rapporten geadviseerd deze correcties te betrekken bij de definitieve vaststelling. Daarnaast heeft de NZa diverse verbetermaatregelen opgelegd. Deze hebben onder andere betrekking op juiste verdeling van een aanneemsom, de volledigheid van de foutentabel, de juiste berekening van deelbijdragen definitieve jaar (2010) en de borging van de rechtmatigheid van inkoopafspraken.

## 8.2.4 Conclusie

De NZa concludeert dat zowel op het niveau van de individuele zorgverzekeraars als van de sector als geheel, het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3% blijft voor 2010 en 2011. Voor 2012 geldt dezelfde conclusie met uitzondering van de mogelijke effecten van de bijzonderheden die in de controleverklaringen met beperking zijn opgenomen.

De beperking heeft betrekking op algemene onzekerheden die voor 2012 voor alle zorgverzekeraars gelden. Zowel de zorgverzekeraars als de accountants, hebben het totaal aan onzekerheden voor 2012 niet nauwkeurig kunnen kwantificeren. De verklaring met beperking impliceert dat het totaal aan onjuistheden en onzekerheden voor 2012 tussen de 3% en 10% bedraagt. Zoals in paragraaf 8.1.2 aangegeven moeten de zorgverzekeraars zorgdragen voor de follow up van deze onzekerheden.

## 8.3 Opgave betalingsachterstanden

### 8.3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de NZa haar bevindingen weer van het onderzoek naar de opgave betalingsachterstanden. Deze opgave was voor de laatste keer uitgevraagd en betrof de definitieve afwikkeling van de 'oude' compensatie betalingsachterstanden.

Op basis van een nadere analyse van de regelgeving is het CVZ tot de conclusie gekomen dat nagekomen premieontvangsten tot 31 december 2011 in de opgave moeten worden betrokken in plaats van 31 maart 2012, zoals eerder was aangegeven. Het CVZ heeft de zorgverzekeraars daarom in de gelegenheid gesteld om voor 1 juni 2013 een nieuwe opgave te doen.

### 8.3.2 Bevindingen

Vijf zorgverzekeraars hebben geen opgave ingediend. De redenen hiervoor zijn dat:

- Twee zorgverzekeraars niet hebben deelgenomen aan de compensatieregeling wanbetalers en dus ook geen nieuwe opgave aan konden leveren.
- Drie zorgverzekeraars geen gebruik hebben gemaakt van de gelegenheid tot aanlevering.

Bij de ingediende opgaven betalingsachterstanden zijn goedkeurende accountantsproducten door de accountant van de zorgverzekeraars afgegeven.

Het onderzoek heeft niet geleid tot noemenswaardige opmerkingen van de NZa. Er zijn verder geen onjuistheden en onzekerheden geconstateerd. Hierdoor blijven de onjuistheid en onzekerheid zowel per individuele zorgverzekeraar als voor de sector als geheel binnen de nauwkeurigheidstolerantie ad 3%.

### 8.3.3 Conclusie

De NZa concludeert dat de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden voor de opgaven betalingsachterstanden binnen de vastgestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3% blijven. Dat betekent dat op individueel niveau per zorgverzekeraar en op totaalniveau de opgaven betalingsachterstanden juist zijn, met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie van 3%.

## 8.4 Opgaven verzekerden

### 8.4.1 Inleiding

Zorgverzekeraars hebben de volgende opgaven ingediend:

- de opgave verzekerde periode en persoonskenmerken 2012;
- de opgave persoonskenmerken juni 2013.

### 8.4.2 Bevindingen

#### *Assurance-rapporten*

Bij de opgaven zijn goedkeurende assurance-rapporten door de accountant afgegeven.

#### *Onjuistheden en onzekerheden*

Het totaal aan onjuistheden en onzekerheden voor alle zorgverzekeraars bedraagt 0,26% van de opgave verzekerde periode en persoonskenmerken 2012 en 0,12% van de opgave persoonskenmerken 2013. Bij alle zorgverzekeraars blijft het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3%.

#### *Verbeterpunten*

Het onderzoek heeft geleid tot een aantal opmerkingen, onder andere over het ontbreken van (geldige) verblijfsdocumenten, het (eerder) overgaan tot uitschrijven van een verzekerde wegens het (vermoedelijk) ontbreken van verzekeringsplicht, indien niet tijdig een reactie van de verzekeringsnemer wordt ontvangen en het onvoldoende motiveren van het deelbestand verzekerden zonder een (geverifieerd) BSN. Waar van toepassing heeft de NZa verbetermaatregelen opgelegd aan de zorgverzekeraars.

#### *Herziene aanlevering*

Eén zorgverzekeraar heeft een nieuw bestand moeten aanleveren voor de opgave Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010.

## 8.5 Conclusie

De NZa concludeert dat voor de opgaven verzekerde periode, persoonskenmerken 2012 en persoonskenmerken 2013 het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3% blijft. Dit betekent dat op individueel niveau per zorgverzekeraar en op totaalniveau de opgaven verzekerde periode en persoonskenmerken 2012 en persoonskenmerken 2013, met inachtneming van een nauwkeurigheidstolerantie van 3%, juist zijn.

## 8.6 Overige financiële verantwoordingen

### 8.6.1 Inleiding

De zorgverzekeraars hebben vóór 1 juni 2013 de volgende 'overige' financiële verantwoordingen moeten indienen, voorzien van assurance-rapporten en bestuursverklaringen:

- opgave HKC 2010 (inleverdatum vóór 1 maart 2013);
- opgave kosten per verzekerde 2010;
- opgave DBC-gegevens 2011;
- opgave gegevens opbrengstverrekening 2011;
- opgave farmaciegegevens 2012.

#### *Assurance-rapporten*

Bij alle bovengenoemde opgaven zijn bij alle zorgverzekeraars goedkeurende assurance-rapporten door de accountant afgegeven.

### 8.6.2 Bevindingen

#### 8.6.2.1 Opgave HKC 2010

Zeven zorgverzekeraars hebben een herziene opgave moeten indienen wegens geconstateerde onjuistheden. Hieraan is voldaan.

De NZa heeft geconstateerd dat er, na verwerking van de herziene opgave, geen onjuistheden en onzekerheden voor alle zorgverzekeraars zijn.

#### 8.6.2.2 Opgave kosten per verzekerde 2010

Zeven zorgverzekeraars hebben een herziene opgave moeten indienen wegens geconstateerde onjuistheden. Hieraan is voldaan.

Het totaal van de resterende ongecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden bij alle zorgverzekeraars bedraagt € 34 mln. (0,11% van de opgaven). De NZa heeft verbetermaatregelen opgelegd voor het tijdig afwikkelen van de onzekerheden cq het corrigeren in de opgave.

Bij alle zorgverzekeraars heeft de NZa geconstateerd dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3% blijft.

#### 8.6.2.3 Opgave DBC-gegevens 2011 en Opgave gegevens opbrengstverrekening 2011

Het onderzoek heeft vooral geleid tot opmerkingen over de tijdige afwikkeling van onzekerheden en het elimineren van het effect van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden uit de definitieve opgaven, ook als deze binnen de nauwkeurigheidstolerantie blijven.

Het totaal van de resterende ongecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden bedraagt voor alle zorgverzekeraars voor de opgaven DBC gegevens € 95 mln. (0,57% van de opgaven) en voor de opgaven gegevens opbrengstverrekening € 105 mln. (0,81% van de opgaven). De NZa heeft verbetermaatregelen opgelegd voor het tijdig afwikkelen van de onzekerheden cq het corrigeren in de opgaven. Veelal betreft de hoogte van de onzekerheden overigens een inschatting aan de relatief hoge kant, omdat na onderzoek de hieruit voortvloeiende onjuistheden aanzienlijk lager blijken.

Voor beide opgaven heeft de NZa bij alle zorgverzekeraars geconstateerd dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3% blijft.

#### **8.6.2.4 Opgave farmaciegegevens 2012**

Bij één zorgverzekeraar heeft de NZa verbetermaatregelen opgelegd om verbeteringen in het systeem door te voeren. De afgeleverde hoeveelheid geneesmiddelen van handmatig verwerkte declaraties waren niet volledig in het bestand farmaciegegevens opgenomen. De zorgverzekeraar moet deze gegevens met terugwerkende kracht bij Vektis aanleveren.

Het totaal van de resterende ongecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden bedraagt € 14 mln. (0,45% van de opgaven).

Bij alle zorgverzekeraars heeft de NZa geconstateerd dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3% blijft.

#### **8.6.3 Vervolgacties**

De zorgverzekeraars die een herziene opgave moesten aanleveren hebben een aanwijzing ontvangen, voor zover de zorgverzekeraar nog actief is.

#### **8.6.4 Conclusie**

De NZa concludeert dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie blijft. De opgaven HKC 2010, kosten per verzekerde 2010, DBC-gegevens 2011, gegevens opbrengstverrekening 2011 en farmaciegegevens 2012 zijn op individueel niveau per zorgverzekeraar en op totaalniveau, met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie van 3%, juist.



## 9. Compensatieregeling eigen risico

### 9.1 Inleiding

Het CAK voert op grond van artikel 118a van de Zvw de CER uit. In de CER is geregeld dat bepaalde groepen chronisch zieken in aanmerking komen voor een compensatie van een gedeelte van het verplicht eigen risico. Voor de uitvoering van de CER heeft het CAK diverse gegevens nodig. Namens de zorgverzekeraars levert Vektis C.V.<sup>34</sup> (Vektis) hiertoe bij het CAK de persoonsgegevens aan van rechthebbenden. Het CAK beschikt zelf over de gegevens om de rechthebbenden op grond van verblijf in een AWBZ-instelling vast te stellen. Het bepalen van het recht op compensatie en de uitkering daarvan dient juist, volledig en tijdig te geschieden.

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de CER door het CAK. Om de NZa in staat te stellen de rechtmatigheid van de uitgaven van de CER vast te stellen heeft de minister van VWS de jaarlijkse statistische steekproef voor de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) uitgebreid met een jaarlijkse statistische steekproef voor de CER.

De steekproef wordt in opdracht van VWS door een externe accountant uitgevoerd. De steekproef is gericht op alle ketenpartijen die bij de CER betrokken zijn (zorgverzekeraars, Vektis, CAK). De NZa ontvangt via VWS het rapport van feitelijke bevindingen en voert een review uit op de uitgevoerde steekproef. De NZa vormt zelf een oordeel over de rechtmatigheid van de uitkeringen op basis van de uitgevoerde steekproef en rapporteert hierover.

### 9.2 Bevindingen

#### 9.2.1 Follow up bevindingen CER 2011

##### *Uitvoering CER 2011 door het CAK*

In het 'Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011' concludeerde de NZa dat het CAK de werkzaamheden voor de CER in 2011 op een goede wijze heeft uitgevoerd, maar maakte daarbij een voorbehoud, omdat de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2011 nog niet waren afgerond.

Inmiddels zijn deze werkzaamheden afgerond. Op basis hiervan concludeert de NZa dat het CAK de werkzaamheden voor de CER 2011 op een goede wijze heeft uitgevoerd.

##### *Bevindingen rechtmatigheid CER-uitkeringen 2011*

Wegens de nog niet afgeronde werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2011 maakte de NZa ook een voorbehoud voor de rechtmatigheid van de in 2011 betaalde CER-uitkeringen. Inmiddels zijn de werkzaamheden voor de steekproef afgerond.

---

<sup>34</sup> Vektis C.V. handelt in opdracht van de zorgverzekeraars. Waar in dit rapport gesproken wordt over Vektis wordt bedoeld 'Vektis C.V., in opdracht van de zorgverzekeraars'.

Tijdens de review is er een structurele fout geconstateerd bij Vektis omtrent het inlezen van gegevensbestanden. De maximale fout van de te veel uitbetaalde CER uitkeringen is bepaald op € 161.000. Dit is 0,14% van de totale uitkeringen CER 2011 ad € 117,2 mln. Vektis heeft maatregelen genomen om herhaling van deze structurele fout te voorkomen. De werking van de genomen maatregelen is nog niet aangetoond. De NZa vraagt aandacht voor een goede werking van de interne beheersing en administratieve organisatie bij Vektis. De zorgverzekeraars moeten hiervoor zorgdragen, want de zorgverzekeraars hebben de wettelijke verplichting om de benodigde gegevens (juist, volledig en tijdig), ook in het kader van de CER, te verstrekken aan het CAK.

De NZa concludeert dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 1% blijft. De uitbetaalde CER-uitkeringen in 2011 zijn daarmee, met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie, juist en rechtmatig. De NZa heeft VWS geïnformeerd over het oordeel over de rechtmatigheid van de CER.

### **9.2.2 Bevindingen uitvoering CER 2012 door het CAK**

#### *Uitkeringen door het CAK*

Het CAK heeft in 2012 ruim 2,1 mln. toekenningsbeschikkingen vastgesteld voor rechthebbenden op de CER. Van 0,8% van de rechthebbenden is per eind 2012 nog geen adres of bankrekening bekend, zodat nog niet tot uitkering kon worden overgegaan. Het CAK heeft zich voldoende ingespannen om de ontbrekende gegevens alsnog te achterhalen. Het percentage rechthebbenden waarvan nog onvoldoende gegevens bekend zijn voor het betalen van de uitkering is voor het uitkeringsjaar 2011 in 2012 afgenomen van 1,2% tot 0,5%. Het ontbreken van adresgegevens betreft vooral afgeschermdde geheime adressen.

Voor de rechthebbenden die de uitkering nog niet hebben ontvangen, blijft het recht op de uitkering vijf jaar lang bestaan. Zodra de naam- en adresgegevens en het juiste bankrekeningnummer bij het CAK bekend zijn, zal het CAK alsnog tot uitbetaling overgaan.

#### *Afdracht interest door het CAK*

Als betaalkantoor beschikt het CAK over liquide middelen, om tijdsverschillen tussen het uitvoeren van betalingsopdrachten en de daarvoor benodigde geldmiddelen van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) te overbruggen. De interestopbrengsten, die het CAK op de liquide middelen ontvangt, moeten volledig aan het Zvf worden afgedragen. De interest over de liquide middelen is in 2012 volledig ten gunste van het Zvf gebracht.

De werkzaamheden voor de statistische steekproef CER over 2012 zijn nog niet afgerond. Aangezien het CAK een onderdeel is van de CER-keten kan dit mogelijk nog van invloed zijn op de bevindingen CER 2012 door het CAK.



### 9.2.3 Bevindingen rechtmatigheid CER uitkeringen 2012

De statistische steekproef gericht op de rechtmatigheid van de uitkeringen wordt in opdracht van VWS door een externe accountant uitgevoerd. De steekproef is gericht op alle ketenpartijen die bij de CER betrokken zijn (zorgverzekeraars, Vektis, CAK). De NZa ontvangt via VWS het rapport van feitelijke bevindingen van de externe accountant en voert een review uit op de uitgevoerde steekproef.

De NZa heeft ten tijde van het uitbrengen van dit samenvattend rapport nog geen review uit kunnen voeren op de uitgevoerde statistische steekproef, omdat zij het rapport van feitelijke bevindingen pas recentelijk heeft ontvangen. Voor de NZa is het daarom op dit moment niet mogelijk om een oordeel te geven over de rechtmatigheid van de in 2012 betaalde CER-uitkeringen. De NZa rapporteert in een later stadium aan het CVZ en de minister van VWS over haar oordeel over de rechtmatigheid van de in 2012 betaalde CER-uitkeringen.

## 9.3 Conclusie

### *Conclusie uitvoering CER 2012 door het CAK*

De NZa heeft de uitvoering van de CER door het CAK in 2012 beoordeeld. De NZa concludeert op basis van de bevindingen dat het CAK de werkzaamheden voor de CER in 2012 op een goede wijze heeft uitgevoerd. De NZa maakt hierbij een voorbehoud, omdat de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2012 nog niet zijn afgerond.

### *Conclusie rechtmatigheid betaalde CER-uitkeringen 2012*

De NZa maakt een voorbehoud voor de rechtmatigheid van de in 2012 betaalde CER-uitkeringen, aangezien de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2012 nog niet zijn afgerond. De NZa rapporteert in een later stadium aan het CVZ en de minister van VWS over haar oordeel over de rechtmatigheid van de in 2012 betaalde CER-uitkeringen.



## 10. Nalevingstoezicht

### 10.1 Probleemgericht toezicht

De NZa houdt op grond van de Wmg op diverse terreinen toezicht. Naast het toezicht op de uitvoering van de AWBZ en de Zvw, houdt de NZa ook onder andere toezicht op de werking van zorgmarkten (markttoezicht) en op de naleving van wet- en regelgeving (nalevingstoezicht). De NZa richt zich daarbij op de belangrijkste problemen, die met behulp van risico-analyse geselecteerd worden. Een belangrijk probleem waar de NZa zich in 2012 en 2013 op richt is correct declareren door zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg (MSZ) en curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ). Deze sectoren zijn geselecteerd vanwege onder andere het financiële belang, het grote consumentenbelang, de gepercipieerde risico's en het aantal signalen dat de NZa hierover ontvangen heeft.

Wegens de raakvlakken met het toezicht op de uitvoering van de Zvw zijn de onderstaande passages in dit rapport opgenomen.

### 10.2 Correct declareren MSZ

#### 10.2.1 Inleiding

De NZa heeft haar toezicht op het terrein van correct declareren MSZ sinds 2012 geïntensiveerd. Alleen al in de periode januari tot en met oktober 2013 heeft de NZa circa 700 meldingen over mogelijk onjuiste ziekenhuisdeclaraties ontvangen van patiënten, zorgverleners zelf en anderen. Onterechte declaraties zijn niet alleen in strijd met het maatschappelijk belang om de zorg betaalbaar te houden, ze verdragen zich ook slecht met de integriteit die van de publieke sector mag worden verwacht.

#### 10.2.2 Maatregelen

De NZa heeft in 2012 en 2013 op verschillende manieren opgetreden tegen onjuist declaratiegedrag in de MSZ. Zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars worden aangesproken:

- In de eerste plaats is de gepercipieerde pakkans groter geworden. De NZa heeft bij diverse ziekenhuizen onderzoeken ingesteld naar mogelijk onjuiste declaraties. In twee gevallen (VUmc te Amsterdam en Antonius ziekenhuis te Nieuwegein) hebben er daarbij onaangekondigde bedrijfsbezoeken plaatsgevonden. Beide onderzoeken bevinden zich momenteel in een afrondende fase. In een andere casus (Catharina ziekenhuis te Eindhoven) heeft de NZa haar onderzoek afgerond. Daarbij is geconstateerd dat de zorgverzekeraars en het ziekenhuis naar aanleiding van het onjuist declareren op de afdeling interne geneeskunde hun verantwoordelijkheid hebben genomen. Partijen hebben zelf onderzoek gedaan, afspraken gemaakt over terugbetaling en besloten tot verdere verrekening over te gaan.
- In de tweede plaats worden ziekenhuizen, waarover de NZa signalen van mogelijk onjuist declaratiegedrag heeft ontvangen, om opheldering gevraagd. Als er ten onrechte wordt gedeclareerd, moet dat direct stoppen en moeten er maatregelen worden genomen om fouten in de toekomst te voorkomen.

- In de derde plaats worden ook de zorgverzekeraars aangesproken. Zij moeten meer werk maken van het controleren van ziekenhuisdeclaraties. De NZa legt meldingen over foute declaraties aan zorgverzekeraars voor met het verzoek om controle en opheldering. Als de zorgverzekeraar dat onvoldoende doet, kan de NZa zo nodig handhavend optreden.

De NZa pakt ook zelf haar rol door haar eigen regelgeving te verduidelijken als dat nodig is. Dat gebeurt in dialoog met de sector. Daarnaast besteedt de NZa aandacht aan voorlichting over correct declareren zodat partijen zich hiervan bewust worden. Zo is er een nieuwsbrief opgesteld over correct declareren voor ziekenhuisbestuurders, artsen en anderen die werkzaam zijn in de zorg. Daarnaast heeft de NZa een lijst gepubliceerd met voorbeelden van verboden en toegestane registratie en declaratie van ziekenhuiszorg.

De NZa heeft een self assessment ontwikkeld voor de bestuurders van ziekenhuizen, gesprekken gevoerd met bestuurders en leden van Raden van Toezicht van ziekenhuizen, zorgverzekeraars en branche-organisaties. Het onderwerp correct declareren is daarmee op de bestuurlijke agenda geplaatst.

## 10.3 Correct declareren GGZ

### 10.3.1 Inleiding

In het kader van het nalevingstoezicht op de zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars heeft de NZa in haar toezicht in 2013 - net als in 2012 - extra aandacht voor de tweedelijns curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (cGGZ). Daarvoor zijn twee redenen. Ten eerste is in 2013 in de cGGZ prestatiebekostiging ingevoerd. Ten tweede is vanwege de casus *Europsyche*<sup>35</sup> en de analyses die hieruit voortvloeiden een aantal knelpunten in regelgeving vastgesteld<sup>36</sup> en is gestart met het nemen van maatregelen die de effecten van deze knelpunten mitigeren.

Het toezichtonderzoek in de cGGZ richt zich op een aantal aspecten:

- Zicht krijgen op de mogelijkheden voor incorrect declaratiegedrag en de 'gaten in het systeem' door analyse en toezichtonderzoeken.
- Advisering over het aanscherpen van de wet- en regelgeving op basis van de opgedane kennis.
- Aanspreken op het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en, voor zover dat binnen de kaders van de wet- en regelgeving nu al mogelijk is, handhavend optreden.

Per brief van 2 december 2013 heeft de NZa over het nalevingsonderzoek in de cGGZ gerapporteerd aan het ministerie van VWS (kenmerk: 65508-88940). Deze rapportage is door het ministerie van VWS als bijlage 3c 'Nader onderzoek *Europsyche*' aan de Tweede Kamer toegezonden bij de tweede Voortgangsrapportage fraudebestrijding in de zorg.

<sup>35</sup> [http://www.nza.nl/104107/145179/Brief\\_Onderzoek\\_Europsyche-GGZ.pdf](http://www.nza.nl/104107/145179/Brief_Onderzoek_Europsyche-GGZ.pdf)

<sup>36</sup> [http://www.nza.nl/104107/145179/Brief\\_tussenrapportage\\_Europsyche.pdf](http://www.nza.nl/104107/145179/Brief_tussenrapportage_Europsyche.pdf)

### 10.3.2 Maatregelen

#### *Handhavingsmaatregelen*

In het toezichtonderzoek heeft de NZa overtredingen van de wet- en regelgeving geconstateerd. Dit heeft geleid tot formele handhavingsmaatregelen tegen drie zorgaanbieders, te weten: Stichting More, De Opvoedpoli en Stichting De Hoop. De maatregelen tegen de Stichting More, de Opvoedpoli en Stichting De Hoop zijn gepubliceerd op de website van de NZa.

Daarnaast voert de NZa gesprekken met vier zorgverzekeraars over de wijze waarop ze bij Stichting More declaraties hebben uitbetaald en controles hebben uitgevoerd om vast te stellen of zij hun rol goed hebben vervuld.

#### *Aanscherping wet- en regelgeving*

Naar aanleiding van de bevindingen uit het toezichtonderzoek en de hieruit volgende handhavingsmaatregelen heeft de NZa haar regelgeving aangepast op de volgende punten:

- afbakening hoofdbehandelaarschap: welke beroepen mogen als hoofdbehandelaar optreden;
- afbakening hoofdbehandelaarschap: welke verantwoordelijkheden hebben de hoofdbehandelaars;
- transparantie: helderheid op de factuur over de hoofdbehandelaar en medebehandelaars;
- transparantie: verbetering van de transparantie op de factuur;
- heldere bekostiging van zorg buiten het basispakket;
- inperking van de tweedelijns curatieve GGZ ten gunste van basis-GGZ;
- opname/verscherping/verduidelijking van registratieregels uit het 'Spelregeldocument van DBC Onderhoud' in regelgeving van de NZa.

Ook buiten de reikwijdte van de NZa is de volgende regelgeving verbeterd:

- helderheid over de afbakening van het basispakket.
- aanscherping van de screening van zorgaanbieders.

## 10.4 Relatie met de rol van de zorgverzekeraars

Uit het nalevingstoezicht, zoals vermeld in paragraaf 10.2 en 10.3, komt naar voren dat correct declareren niet altijd vanzelfsprekend is. De primaire verantwoordelijkheid hiervoor ligt uiteraard bij de zorgaanbieders zelf. Er is echter in het stelsel ook een belangrijke rol toebedeeld aan de zorgverzekeraars. Deze hebben de taak om formele- en materiële controles, controles op gepast gebruik en fraudebestrijding toe te passen.

Zoals uit de hoofdstukken twee tot en met zes blijkt moeten de zorgverzekeraars deze taak verder intensiveren.



## Bijlage 1 Toetsingskaders performance indicatoren

**Tabel B.1. Toetsingskader Materiële controles**

Nr.	Toetsingsaspect
1	<p><b>Organisatie:</b> De zorgverzekeraar moet een toereikende organisatie hebben voor de opzet, uitvoering en evaluatie van de materiële controles.</p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>1.1. De zorgverzekeraar beschikt over een administratiesysteem dat bijdraagt aan de uitvoering van materiële controles en het onderzoek naar fraudesignalen. De zorgverzekeraar neemt op inzichtelijke wijze in zijn administratie op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hoe hij zijn controleactiviteiten heeft uitgevoerd;</li> <li>- het onderwerp en object van de controleactiviteit;</li> <li>- wat de resultaten zijn van die controleactiviteiten;</li> <li>- wat voor gevolgen hij heeft gegeven aan de uitkomsten van de materiële controles (zie ook 4.4).</li> </ul> <p>1.2. betrokkenheid fraudecoördinator en afdeling zorginkoop bij opzet en evaluatie van de controles.</p> <p>1.3. controleteams met voldoende medische deskundigheid.</p> <p>1.4. voldoende controlecapaciteit en capaciteit aan medisch adviseurs in relatie tot de uitgevoerde risicoanalyse.</p> <p>1.5. controleteams waarin voldoende functiescheiding aanwezig is tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles bij zorgaanbieders.</p>
2	<p><b>Controle-aanpak:</b> De zorgverzekeraar heeft een algemeen en specifiek controleplan vastgesteld op basis van risicoanalyse conform de Regeling Zorgverzekering.</p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>2.1 Tijdigheid (jaarlijks voorafgaande aan de uitvoering van de controles) van het plan van aanpak voor de uitvoering van de materiële controles.</p> <p>2.2 Het plan van aanpak is gebaseerd op de Regeling zorgverzekering (Staatscourant 2010 nr. 10581 d.d. 8 juli 2010). Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de algemene risicoanalyse/controleplan en de specifieke risicoanalyse(s)/controleplan(nen).</p> <p>2.3 De zorgverzekeraar heeft het controledoel (betrouwbaarheid en nauwkeurigheid) bepaald. Bij de bepaling van het controledoel is de norm dat voor de feitelijke levering minimaal wordt voldaan aan de norm van 95% betrouwbaarheid en 97% nauwkeurigheid.</p> <p>2.4 De risicoanalyses voor de algemene en specifieke controleplannen zijn uitgevoerd met voldoende reikwijdte en diepgang.</p> <p>2.5 In het algemene en specifieke controleplan zijn de objecten van materiële controle en de in te zetten controlemiddelen opgenomen. <i>De NZa verwacht dat de zorgverzekeraar in ieder geval specifiek ingaat op de inzet van spiegelinformatie en datamining.</i></p> <p>2.6 Het specifieke controleplan besteedt in opzet aandacht aan de procedurele voorwaarden voor het uitvoeren van detailcontroles.</p>
3	<p><b>Uitvoering:</b> De zorgverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het algemene en specifieke controleplan.</p>

Nr.	Toetsingsaspect
	<p><b>Norm:</b></p> <p>3.1. De zorgverzekeraar heeft de uitvoering van de materiële controles gericht op de vraag of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd</p> <p>3.2. Bij de uitvoering van de materiële controles is gebruik gemaakt van de in de controleplannen beschreven controlemiddelen (bijvoorbeeld bestandsanalyses, benchmarking/spiegelinformatie/praktijkvariatie, cijferanalyse, controleverklaring juistheid van de gedeclareerde productie).</p> <p>3.3. De zorgverzekeraar heeft de materiële controle tijdig en volledig uitgevoerd conform de algemene en specifieke controleplannen of heeft afwijkingen van het plan adequaat onderbouwd en gekwantificeerd.</p> <p>3.4. De zorgverzekeraar heeft om de daadwerkelijke levering van gedeclareerde zorg te beoordelen, voor zover nodig om de gestelde controledoelen te behalen, gebruik gemaakt van de instrumenten detailcontrole en/of enquête (gericht op risicogebieden).</p> <p>3.5. De afweging heeft plaatsgevonden of op basis van signalen, klachten, e.d. aanleiding geven tot aanpassing van het controleplan en/of uitvoering van aanvullende materiële controles.</p> <p>3.6. De zorgverzekeraar heeft de zorgaanbieder geïnformeerd over de detailcontroles en voldaan aan de procedurele voorwaarden voor het uitvoeren van detailcontroles.</p>
4	<p><b>Vervolgacties en evaluatie:</b>  <b>De zorgverzekeraar neemt vervolgacties na constatering van onregelmatigheden en verricht een evaluatie van de uitgevoerde controles.</b></p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>4.1. De zorgverzekeraar heeft voor elke uitgevoerde materiële controle een foutenevaluatie opgesteld en indien noodzakelijk de (detail)controles uitgebreid.</p> <p>4.2. De zorgverzekeraar heeft na constatering van onregelmatigheden een onderbouwde afweging gemaakt voor het instellen van vervolgacties.</p> <p>4.3. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat alle door hem of door de accountant geconstateerde fouten tijdig worden gecorrigeerd en dat alle onzekerheden over de volledigheid en juistheid van de gegevens tijdig worden onderzocht en gekwantificeerd op de gevolgen voor de rechtmatige uitvoering van de Zvw.</p> <p>4.4. De zorgverzekeraar heeft op basis van de evaluatie van de bevindingen van de materiële controles maatregelen getroffen richting de zorgaanbieder.</p> <p>4.5. De zorgverzekeraar heeft, op basis van de evaluatie en afhankelijk van de ernst van de bevindingen, ook maatregelen getroffen richting externe instanties.</p> <p>4.6. De zorgverzekeraar heeft bij vermoeden van misbruik of oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld voor het instellen van nader onderzoek.</p> <p>4.7. De zorgverzekeraar heeft de conclusie getrokken en vastgelegd of de feitelijke levering van de zorg voldoet aan het gestelde controledoel (minimaal 95% betrouwbaarheid en 97% nauwkeurigheid ). Het niet, niet tijdig of onvoldoende uitvoering geven aan de materiële controles moet worden meegewogen bij de conclusie. De accountant betreft dit bij en vertaalt dit door naar zijn eigen oordeel. De foutenevaluatie van de materiële controle sluit aan bij de foutentabel opgenomen in de verantwoordingsinformatie.</p>
5	<p><b>Sturing en managementinformatie:</b>  <b>Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de controles. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.</b></p>



Nr.	Toetsingsaspect
	<p><b>Norm:</b></p> <p>5.1. Periodiek wordt managementinformatie gegenereerd met informatie over de voortgang, resultaten en vervolgacties van de controles.</p> <p>5.2. Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de controles.</p> <p>5.3. Het bestuur van de zorgverzekeraar rapporteert periodiek aan de Raad van Commissarissen of de Raad van Toezicht over de uitvoering van de controles.</p>

Tabel B.2. Toetsingskader misbruik en oneigenlijk gebruik

Nr.	Toetsingsaspect
1	<p><b>Organisatie:</b> De zorgverzekeraar moet een toereikende organisatie hebben voor de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de Zvw.</p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>1.1. De zorgverzekeraar heeft een coördinator fraudebestrijding of een aparte afdeling voor fraudebestrijding.</p> <p>1.2. De coördinator fraudebestrijding is betrokken bij de opzet van de risicoanalyse.</p> <p>1.3. Er is voldoende capaciteit op de afdeling fraudebestrijding in relatie tot de uitgevoerde risicoanalyse.</p> <p>1.4. De zorgverzekeraar heeft voldoende deskundigheid voor de werkzaamheden in het kader van bestrijding van M&amp;O.</p>
2	<p><b>Controle-aanpak:</b> De zorgverzekeraar heeft een actueel plan van aanpak – beleidsplan/controleplan – dat gericht is op de bestrijding van M&amp;O.</p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>2.1 De zorgverzekeraar beschrijft in het plan van aanpak op welke wijze en met toepassing van welke instrumenten hij het controledoel zal realiseren.</p> <p>2.2 Het plan van aanpak voldoet aan de (inrichtings-) eisen van het Protocol Verzekeraars &amp; Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars en het Convenant aanpak verzekeringsfraude.</p>
3	<p><b>Uitvoering:</b> De zorgverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het plan van aanpak bestrijding van M&amp;O.</p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>3.1. Bij de uitvoering van de activiteiten voor de bestrijding van M&amp;O heeft de zorgverzekeraar bestands- of systeemvergelijkingen uitgevoerd op mogelijke risicogebieden van M&amp;O.</p> <p>3.2. Bij de uitvoering van de activiteiten voor de bestrijding van M&amp;O heeft de zorgverzekeraar verdiepend vervolgonderzoek uitgevoerd op signalen of vermoedens van M&amp;O (signalen uit de monitoring van aanbieders, de materiële controles of de bestands- of systeemvergelijkingen).</p> <p>3.3. Bij de uitvoering van de activiteiten voor de bestrijding van M&amp;O heeft de zorgverzekeraar in voldoende mate aandacht besteed aan signalering, opsporing en afdoening van vermoeden van intern M&amp;O.</p> <p>3.4. De coördinator fraudebestrijding wordt bij alle gevallen van vermoeden van fraude ingeschakeld en is betrokken bij de evaluatie van de uitkomsten van materiële controles.</p> <p>3.5. Bij geconstateerde onregelmatigheden als gevolg van M&amp;O heeft de zorgverzekeraar onrechtmatig bestede Zvw middelen teruggevorderd/verrekend en de zorgovereenkomst aangepast/beëindigd.</p> <p>3.6. Bij geconstateerde onregelmatigheden als gevolg van M&amp;O heeft de zorgverzekeraar een melding gemaakt bij diverse instanties (Kenniscentrum Fraudebeheersing, registratie in het Interne en Externe Verwijs Register (IVR en EVR), aangifte politie of OM en melding aan beleidsbepalende organisaties (Ministerie VWS, CVZ, NZa).</p>

Nr.	Toetsingsaspect
4	<p><b>Vastleggen signalen:</b>  <b>De zorgverzekeraar registreert signalen en onderzoek naar M&amp;O in een database (of verwijzingsindex of incidentenregister) met inzicht in aard en omvang.</b></p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>4.1. Uit de administratie van de zorgverzekeraar moet blijken hoe de controle op fraudesignalen is uitgevoerd, wat de resultaten en de gevolgen zijn.</p> <p>4.2. De zorgverzekeraar legt in de administratie afwegingen vast ten aanzien van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het niet verder onderzoeken van een signaal op basis van een risicoafweging</li> <li>- Het niet instellen van een verhaalactie hoewel het resultaat van een fraudeonderzoek hier wel aanleiding toe geeft.</li> </ul> <p>4.3. In de database (of verwijzingsindex of incidentenregister) ligt ten minste vast:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Welke signalen van vermoeden naar M&amp;O betrekking hebben op de Zvw;</li> <li>- Welke signalen van vermoeden naar M&amp;O betrekking hebben op verzekerden en op zorgaanbieders;</li> <li>- In welke mate (aard, aantallen en bedragen) sprake is van daadwerkelijk geconstateerd M&amp;O.</li> </ul>
5	<p><b>Sturing en managementinformatie:</b>  <b>Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de bestrijding van M&amp;O. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.</b></p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>5.1 Periodiek wordt managementinformatie gegenereerd met informatie over de voortgang, resultaten en vervolgacties van onderzoeken naar M&amp;O.</p> <p>5.2 Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van onderzoeken naar M&amp;O.</p> <p>5.3 Het bestuur van de zorgverzekeraar rapporteert periodiek aan de Raad van Commissarissen of de Raad van Toezicht over de uitvoering van de onderzoeken naar M&amp;O.</p>

**Tabel B.3. Toetsingskader gepast gebruik**

Nr.	Toetsingsaspect
1	<p><b>De zorgverzekeraar treft voor gepast gebruik een mix van preventieve en repressieve maatregelen.</b></p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>1.1 De zorgverzekeraar beschikt over een actueel controleplan voor gepast gebruik met een mix van preventieve en repressieve (controle)maatregelen. Dit controleplan kan geïntegreerd zijn met het materiële controleplan.</p> <p>1.2 De zorgverzekeraar heeft een actuele risicoanalyse als basis gebruikt voor het controleplan.</p>
2	<p><b>De zorgverzekeraar betreft in de risicoanalyses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de CVZ-standpunten op <a href="http://www.cvz.nl">www.cvz.nl</a>;</li> <li>- signalen vanuit media en verzekerden over ongepast gebruik;</li> <li>- uitkomsten eigen onderzoeken en controles over ongepast gebruik;</li> <li>- uitkomsten praktijkvariatie, datamining, spiegelinformatie, etc.;</li> <li>- inbreng vanuit zorginkoop en de medisch adviseurs;</li> <li>- informatie vanuit externe bronnen over ongepast gebruik (bijvoorbeeld PINCET, Ronde Tafel Gepast Gebruik, Pilot Gepast gebruik ZN);</li> <li>- het financiële belang.</li> </ul>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>2.1 De zorgverzekeraar betreft de CVZ-standpunten (ten aanzien de stand van wetenschap en praktijk) in de risicoanalyse.</p> <p>2.2 De zorgverzekeraar betreft signalen over ongepast gebruik vanuit media en verzekerden in de risicoanalyse.</p> <p>2.3 De zorgverzekeraar betreft uitkomsten uit eigen onderzoek en controles over ongepast gebruik in de risicoanalyse.</p> <p>2.4 De zorgverzekeraar betreft uitkomsten van praktijkvariatie, datamining, spiegelinformatie etc. over mogelijk ongepast gebruik in de risicoanalyse.</p> <p>2.5 De zorgverzekeraar betreft inbreng vanuit zorginkoop en medisch adviseurs over ongepast gebruik in de risicoanalyse.</p> <p>2.6 De zorgverzekeraar betreft informatie vanuit externe bronnen over ongepast gebruik in de risicoanalyse.</p> <p>2.7 In de risicoanalyse wordt het financiële belang van de schade en het mogelijke risico meegewogen.</p> <p>2.8 De zorgverzekeraar legt zichtbaar de totstandkoming van de risicoanalyse en de keuzes in betrokken onderwerpen vast.</p> <p>2.9 De zorgverzekeraar bewaakt procedureel dat nieuwe CVZ standpunten, signalen vanuit media en verzekerden, uitkomsten uit eigen onderzoek en controles, uitkomsten praktijkvariatie, datamining, spiegelinformatie, inbreng vanuit zorginkoop en medisch adviseurs en informatie vanuit externe bronnen tussentijds worden geïnventariseerd.</p> <p>2.10 Tussentijds update de zorgverzekeraar de risicoanalyse (op basis van de bij punt 2.9 geïnventariseerde nieuwe bronnen).</p>
3	<p><b>De zorgverzekeraar betreft de stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen in de zorginkoop bij zorgaanbieders.</b></p>

Nr.	Toetsingsaspect
	<p><b>Norm:</b></p> <p>3.1 De zorgverzekeraar maakt een zichtbare afweging of en welke behandelingen (op welke gronden) selectief ingekocht (gaan) worden.</p> <p>3.2 De zorgverzekeraar stelt specifieke voorwaarden bij de zorginkoop/contractering over de stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen.</p> <p>3.3 De zorgverzekeraar legt in het contract afspraken over controle en verantwoording vast.</p>
4	<p><b>De zorgverzekeraar controleert en handhaaft de contractuele afspraken met de zorgaanbieders.</b></p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>4.1 De zorgverzekeraar legt contractuele afspraken met zorgaanbieders over gepast gebruik overzichtelijk vast.</p> <p>4.2 De zorgverzekeraar controleert de naleving van contractuele afspraken periodiek.</p> <p>4.3 De zorgverzekeraar neemt op basis van de uitkomsten van de controle op naleving van contractuele afspraken vervolgacties richting de zorgaanbieder.</p>
5	<p><b>De zorgverzekeraar bepaalt het machtigingenbeleid, mede in relatie tot gepast gebruik.</b></p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>5.1 De zorgverzekeraar maakt een zichtbare afweging of en voor welke specifieke behandelingen aanbieders met het oog op gepast gebruik machtigingen aan moeten (gaan) vragen.</p>
6	<p><b>De zorgverzekeraar formuleert maatregelen in de polisvoorwaarden om controle en handhaving van de stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen te bevorderen.</b></p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>6.1 In de polisvoorwaarden zijn maatregelen geformuleerd om de controle en naleving van de stand van de wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen te bevorderen.</p> <p>6.2 De zorgverzekeraar borgt de naleving van de polisvoorwaarden.</p>
7	<p><b>De zorgverzekeraar zet spiegelinformatie, statistische analyse en datamining in om afwijkingen in declaratiepatronen te constateren (praktijkvariatie).</b></p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>7.1 De zorgverzekeraar maakt structureel gebruik van spiegelinformatie en statistische analyses om ongepast gebruik te signaleren.</p> <p>7.2 De zorgverzekeraar heeft een datamining tool geïmplementeerd.</p>
8	<p><b>De zorgverzekeraar onderneemt actie op de onverklaarbare praktijkvariatie.</b></p>
	<p>8.1 De zorgverzekeraar neemt vervolgacties op basis van de uitkomsten vanuit spiegelinformatie, statistische analyse en datamining.</p>
9	<p><b>De zorgverzekeraar zet medische adviseurs in om ongepast gebruik te signaleren en tegen te gaan.</b></p>
	<p><b>Norm:</b></p> <p>9.1 De zorgverzekeraar zet medisch adviseurs in om ongepast gebruik te kunnen signaleren (bijvoorbeeld bij de zorginkoop, opzet en analyse van spiegelinformatie en datamining, uitvoering van controles en vervolgacties, het bespreken van ongepast gebruik met zorgaanbieders).</p> <p>9.2 De zorgverzekeraar beschikt over voldoende medische adviseurs met kennis van de verschillende disciplines (in relatie tot de uitgevoerde risicoanalyse).</p>
10	<p><b>Zorginkoop, materiële controle, medisch adviseurs, schadeverwerking, interne controle en,</b></p>

Nr.	Toetsingsaspect
	<b>rekening houdend met de onafhankelijke positie: Internal Audit, werken samen aan de bevordering van gepast gebruik.</b>
	<p><b>Norm:</b>  10.1 Zorginkoop, materiële controle, medisch adviseurs, schadeverwerking, interne controle en, rekening houdend met de onafhankelijke positie: Internal Audit, hebben periodiek contact om de uitkomsten van de werkzaamheden en mogelijke impact op elkaars werkzaamheden en aanpak te bespreken.</p>
11	<b>Gepast gebruik wordt meegenomen in de formele en materiële controles.</b>
	<p><b>Norm:</b>  11.1 De zorgverzekeraar maakt een zichtbare afweging of en zo ja welke formele controles ingericht worden op gepast gebruik en voert deze controles in overeenstemming met het controleplan uit.  11.2 De zorgverzekeraar maakt een zichtbare afweging welke materiële controles ingericht worden op gepast gebruik en voert deze controles in overeenstemming met het controleplan uit.  11.3 De zorgverzekeraar licht indien hier aanleiding toe bestaat medisch dossiers voor de controle.</p>
12	<b>De zorgverzekeraar registreert de uitkomsten.</b>
	<p><b>Norm:</b>  12.1 De zorgverzekeraar verantwoordt de uitkomsten van de uitgevoerde controles.  12.2 Het management wordt periodiek aantoonbaar geïnformeerd over de voortgang, resultaten en vervolgacties op het gebied van gepast gebruik.</p>