



Algemeen Controleplan 2016

*Algemeen Controleplan 2016 – Zvw – AV
De Friesland Zorgverzekeraar*

Auteurs: RVE Risk & Control
Datum: 25 augustus 2016
Versie: 1.0
Status: Definitief

INHOUDSOPGAVE

1	ALGEMEEN CONTROLEPLAN ZVW EN AV	3
1.1	Inleiding	3
1.2	Aanleiding	3
1.3	Begripsbepaling	3
1.3.1	Materiële controles	3
1.3.2	Rechtmatigheid	3
1.3.3	Doelmatigheid	4
1.3.4	Gepast gebruik	4
1.3.5	Stand van de wetenschap en praktijk	4
1.3.6	Fraude	4
1.3.7	Risicoverevening	4
1.4	Wettelijk kader	4
1.4.1	Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)	5
1.4.2	Gedragscodes en Protocollen	5
1.4.3	Verantwoordelijkheid zorgverzekeraars	6
1.4.4	Uitvoeren algemene risicoanalyse en opstellen algemeen controleplan	7
1.4.5	Publicatieverplichtingen	7
1.4.6	Toegang tot persoons- en gezondheidsgegevens	7
1.4.7	Terugvorderingstermijn	8
1.5	Uitvoering materiële controles door DFZ	8
1.6	Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden	13
A2	ONDERWERPEN MATERIËLE CONTROLE	14
2.1	Inleiding	14
2.3	Farmacie	14
2.4	Huisartsen	14
2.5	Mondzorg	16
2.6	Vervoer	16
2.7	Paramedische hulp	17
2.8	Hulpmiddelen	18
2.9	Medisch Specialistische Zorg	19
2.10	Geboortezorg	20
2.11	GGZ cure	20
2.12	Wijkverpleging	22

1 ALGEMEEN CONTROLEPLAN ZVW EN AV

1.1 Inleiding

Conform wet- en regelgeving is De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ) gehouden om voorafgaand aan de uitvoering van de (materiële) controles een (algemeen) controleplan op te stellen.

1.2 Aanleiding

De zorguitgaven stijgen jaarlijks en ook voor de toekomst wordt een verdere stijging verwacht vanwege de nieuwe (technologische) ontwikkelingen en de toenemende vergrijzing in Nederland. De uitdaging is de zorg goed en betaalbaar houden in de toekomst. Een onderdeel van het betaalbaar houden van de zorg betreft het in de greep houden van de zorgkosten. Hiervoor voert DFZ controles uit om de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorgkosten vast te stellen. Daarnaast zijn er ook wettelijke verplichtingen waardoor DFZ formele en materiële controles en controles in het kader van gepast gebruik dient uit te voeren.

Fraude met en rond verzekeringen verhoogt de premiedruk en is maatschappelijk niet aanvaardbaar. Daarnaast heeft fraude uiterst negatieve consequenties voor het imago van de bedrijfstak, terwijl voor de verzekeringsbranche een imago van vertrouwen, zekerheid en continuïteit een essentiële voorwaarde is om haar producten te kunnen aanbieden. Daarnaast zijn er ook een aantal andere, met name juridische, redenen waarom DFZ een actief fraudebeheersingsbeleid dient te voeren.

Het op internet zetten van dit algemeen controleplan heeft als doel inzichtelijk te maken:

- Hoe DFZ er voor zorgt dat bij de controles geen zwaarder controlemiddel gebruikt wordt dan strikt noodzakelijk is, om te voorkomen dat onnodig inbreuk wordt gemaakt op de privacy van de verzekerde; en
- Voor de zorgverlener en/of de verzekerde dat de procedures gevolgd zijn.

1.3 Begripsbepaling

DFZ maakt bij haar controles onderscheid tussen de formele en de materiële controles. Beide moeten structureel worden uitgevoerd ter voldoening aan wet- en regelgeving. Hierna volgt een toelichting op deze begrippen. Tevens worden de thema's rechtmatigheid, doelmatigheid¹, gepast gebruik, stand van de wetenschap en praktijk en fraude nader toegelicht.

1.3.1 Materiële controles

Dit zijn onderzoeken waarbij wordt nagegaan of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie:

- Is geleverd (feitelijke levering van de zorgverlening);
- En die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (terechte levering van de zorgverlening);

Het doel van materiële controle is om voldoende zekerheid te verwerven dat er geen sprake is van substantiële onrechtmatigheid en ondoelmatigheid in de gedeclareerde zorgverlening.

De resultaten van de materiële controle kunnen, afhankelijk van de bevindingen, zowel leiden tot actie in de richting van de zorgverlener als de verzekerde.

1.3.2 Rechtmatigheid

Rechtmatigheid in algemene zin wil zeggen: in overeenstemming met de relevante wet- en regelgeving.

Onder rechtmatigheid wordt verstaan of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd. Voor de vaststelling van de rechtmatigheid van de uitgaven in de Zvw stelt de NZa in het kader van de risicoverevening een

¹ Ook wel aangeduid als "feitelijke levering" en "terechte levering".

minimumnorm. Alle zorgverzekeraars conformeren zich aan deze norm en hebben gelet op het proportionaliteitsbeginsel besloten geen striktere norm te hanteren.

1.3.3 Doelmatigheid

In het tweede lid van artikel 7.5 van de Regeling zorgverzekering wordt de zorgverzekeraar verplicht in het kader van de doelmatigheid vast te stellen dat er *“voldoende zekerheid is verkregen dat de geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde”*.

1.3.4 Gepast gebruik

Onder gepast gebruik wordt verstaan zorg die in ieder geval bewezen effectief is. Gepast gebruik bestaat in het kader van het vereveningsonderzoek uit drie onderdelen:

1. De zorg voldoet aan de indicatievoorwaarden zoals gesteld in de Zvw en prestatieomschrijvingen in de Wlz;
 2. De zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk (effectieve zorg);
 3. De verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op de zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak).
- Deze onderdelen hangen samen met de reeds onder de materiële controle vallende aspecten op het gebied van rechtmatigheid en doelmatigheid. De analyse en controle op gepast gebruikt wordt hierdoor gezamenlijk uitgevoerd met de materiële controle. Daarnaast vinden er formele controles plaats op de juiste toepassing van de indicatievoorwaarden.

1.3.5 Stand van de wetenschap en praktijk

In Artikel 2.1 Besluit Zorgverzekering (BZv) is opgenomen dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Zorg die niet voldoet aan de *“stand van de wetenschap en praktijk”* is geen verzekerde prestatie.

1.3.6 Fraude

Fraude kan worden omschreven als het plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering. In dit kader gaat het dan om fraude door betrokken personen en organisaties bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering of overeenkomst inzake Wlz. De uitvoering van de overeenkomst heeft betrekking op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of het verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendsels. Bij fraude moet voldaan zijn aan de volgende elementen:

- (financieel) verkregen voordeel;
- overtreden van wet- en regelgeving; en
- opzettelijk en misleidend handelen.

1.3.7 Risicoverevening

Risicoverevening is de gelijke verdeling van financiële risico's over alle zorgverzekeraars. Door de acceptatieplicht bestaat de kans dat één of enkele verzekeraars een onevenredig groot aantal mensen met een hoog gezondheidsrisico moet verzekeren. Om die verzekeraars te compenseren voorziet de Zorgverzekeringswet in risicoverevening. Gelden van verzekeraars met een klein aantal mensen met een hoog gezondheidsrisico worden overgeheveld naar zorgverzekeraars met een groter aantal van die groep. Het geld wat daarvoor nodig is, komt uit het Zorgverzekeringsfonds.

1.4 Wettelijk kader

DFZ voert de controles uit conform de vigerende wet- en regelgeving. De meest relevante wetten en regelgevingen betreffen de Regeling zorgverzekering, de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet toelating zorginstellingen (WTZi), Wet langdurige zorg (Wlz), Regeling langdurige zorg, Besluit zorgaanpak Wlz, de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Hieronder wordt een kader geschetst van de belangrijkste onderdelen hieruit die van invloed zijn op de controlewerkzaamheden van DFZ.

1.4.1 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De taken en bevoegdheden van de NZa worden geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De NZa is volgens artikel 16 van de Wmg onder andere belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld. Verder blijkt uit artikel 36 lid 3 sub b Wmg dat de NZa nadere regels kan stellen betreffende de administratie van zorgverzekeraars met het oog op de bevordering van een goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Uit lid 4 van ditzelfde artikel blijkt eveneens, dat deze regels worden gesteld in overeenstemming met het Zorginstituut Nederland. Daarnaast kan de NZa regels stellen met betrekking tot de controle door zorgverzekeraars (artikel 27 Wmg). Zo heeft de NZa de *“Nadere regel controle en administratie zorgverzekeraars”*. Deze regeling vermeldt onder andere eisen waaraan de uitvoering van controles door de verzekeraars moet voldoen. Hierin wordt onder andere gesteld dat er *“voldoende scheiding tussen het proces materiële controle en de zorginkoop”* dient te zijn. Hieruit voortvloeiend stelt de NZa onder andere het *“Protocol Verantwoording RVE Zvw met oplevering in 2017”* op met daarin een toetsingskader betreffende de werkzaamheden van de zorgverzekeraar die relevant zijn voor de toekenning van een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds door het Zorginstituut Nederland. Ook stelt de NZa periodiek conform artikel 57 Wmg beleidsregels vast met daarin onder andere de te hanteren tarieven en bijbehorende prestatie beschrijvingen.

De NZa maakt, onverminderd haar bevoegdheid tot eigen onderzoek, bij de uitoefening van haar taken, zoals genoemd in artikel 16 Wmg, zoveel mogelijk gebruik van de resultaten van door anderen verrichte controles. DFZ verstrekt desgevraagd aan de NZa de informatie over de uitgevoerde werkzaamheden die met de controle zijn bereikt en licht haar volledig in over de resultaten van de controle. Dat gebeurt door het overleggen van rapporten of op een andere door de NZa aan te geven wijze.

Op basis van artikel 83 van de Wmg kan de NZa een zorgverzekeraar die niet aan het bij of krachtens de Zorgverzekeringswet geregelde voldoet, een last onder dwangsom opleggen. Een van de door de NZa uitgevoerde onderzoeken naar rechtmatige uitvoering van de zorgverzekeringswet door zorgverzekeraars is het jaarlijkse onderzoek naar de juistheid van de vereeningsopgaven die zorgverzekeraars indienen. In de jaarstaat Zvw, onderdeel A, zijn onder meer de kosten per prestatie opgenomen. De jaarstaat is voorzien van een accountantsverklaring. Voorafgaand aan het afgeven van de verklaring moet de externe accountant van de zorgverzekeraar een juistheidsonderzoek met een betrouwbaarheid van 95% en een tolerantie van 97% nauwkeurigheid doen.

1.4.2 Gedragscodes en Protocollen

In de artikelen 37 en 38 van de Zvw is beschreven dat de zorgverzekeraar ieder jaar een jaarrekening, een jaarverslag en een uitvoeringsverslag aan de NZa moet doen toekomen. Betreffende de inhoud van deze stukken zijn er door de zorgverzekeraars gedragscodes opgesteld in de vorm van een corporate-governancecode. Op basis van deze door de bedrijfstak zelf ontwikkelde gedragsregels dient door de zorgverzekeraar verantwoording te worden afgelegd. Zorgverzekeraars kennen op dit moment een aantal gedragscodes, zoals de code "Health Insurance Governance" (aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording door zorgverzekeraars) van mei 2002, de "Gedragscode goed zorgverzekeraarschap" (gedragsregels ten opzichte van verzekerden, zorgaanbieders en andere zorgverzekeraars) van december 1997 en de "Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars".

Materiële en Formele controle

De *“Nadere Regel controle en administratie zorgverzekeraars”* heeft tot doel nadere voorschriften te stellen aan de uitvoering van formele en materiële controles en onderzoek naar signalen van fraude door zorgverzekeraars. In artikel 4 staat vermeld dat de zorgverzekeraar formele en materiële controles en fraudeonderzoek moet verrichten. Deze controles en onderzoeken moeten uitgevoerd worden conform de vereisten in de Regeling zorgverzekering en het Protocol Verantwoording RVE Zvw. Verder stelt deze Regeling voorschriften aan de zorgverzekeraars om de juistheid en volledigheid van gegevens en informatie in hun administratie te waarborgen. De juistheid en volledigheid van de gegevens en informatie is van belang, omdat de zorgverzekeraars op basis van die gegevens en informatie een bijdrage krijgen toegekend uit het Zorgverzekeringsfonds (de risicoverevening). Daarnaast zijn de gegevens nodig voor het opstellen van het uitvoeringsverslag.

Het uitvoeren van een materiële controle wordt in het “Protocol Materiële Controle” op hoofdlijnen beschreven. Bij een materiële controle wordt gewerkt met persoonsgegevens, waaronder die betreffende iemands gezondheid. Het doel van het protocol is te zorgen dat de materiële controle op een efficiënte manier wordt uitgevoerd waarbij gebruik wordt gemaakt van controlemethoden die proportioneel zijn. Het proportioneel inzetten van controlemethoden betekent dat pas mag worden overgegaan tot het inzetten van de zwaarste controlemethode, de detailcontrole, als er niet voldoende zekerheid te verkrijgen is betreffende de rechtmatigheid en doelmatigheid met behulp van lichtere controlemethodes. Bij een detailcontrole worden ‘tot de persoon herleidbare gegevens betreffende iemands gezondheid’ gebruikt.

Fraude

In het kader van fraudebeheersing en de bestrijding van criminaliteit zijn er een aantal protocollen en gedragscodes waaraan DFZ zich conformeert. Dit betreffen onder andere

- a) Protocol Verzekeraars & Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars
- b) Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap
- c) Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële instellingen
- d) Convenant aanpak verzekeringsfraude

In bovenstaande protocollen en gedragscodes wordt beschreven aan welke eisen en richtlijnen de fraudebeheersing binnen DFZ moet voldoen.

1.4.3 Verantwoordelijkheid zorgverzekeraars

Rechtmatigheid

DFZ heeft de plicht om de nodige maatregelen te treffen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven welke hoger zijn dan noodzakelijk. Met toepassing van artikel 87, zesde lid, van de Zvw is in de Regeling zorgverzekering nader uitvoering gegeven aan de wettelijke verplichtingen. De Regeling zorgverzekering verplicht zorgverzekeraars (artikel 7.4, eerste lid) materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in de regeling gestelde eisen.

Artikel 35 Wmg verbiedt de zorgverzekeraar een tarief te betalen of aan derden te vergoeden:

- dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie op grond van artikel 50 is vastgesteld;
- dat niet ligt binnen de tariefruimte die op grond van artikel 50 voor de betrokken prestatie is vastgesteld;
- voor een prestatie geen prestatiebeschrijving op grond van artikel 50 is vastgesteld;
- voor een prestatie een andere prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan op grond van artikel 50 is vastgesteld;
- anders dan op de wijze die overeenkomstig de Wmg is vastgesteld.

Uit bovenstaande wettekst volgt dat een zorgverzekeraar alleen mag betalen als de gedeclareerde prestatie ook daadwerkelijk geleverd is.

In artikel 36 lid 1 Wmg is hierop aansluitend geregeld dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars een administratie dienen te voeren waaruit in ieder geval de overeengekomen en geleverde prestaties blijken, alsmede wanneer die prestaties zijn geleverd, aan welke patiënt onderscheidenlijk aan welke verzekerde die prestaties door een zorgaanbieder zijn geleverd, de daarvoor in rekening gebrachte tarieven en de in verband daarmee ontvangen of verrichte betalingen of vergoedingen aan derden.

Om bovenstaande te waarborgen worden er door de zorgverzekeraar formele en materiële controles uitgevoerd.

Doelmatigheid

Voor het vaststellen van doelmatigheid, is art. 2.1 van het Besluit zorgverzekering van belang. Daarin is bepaald dat de inhoud en omvang van de onder de Zvw verzekerde zorg “mede worden bepaald door de stand van wetenschap en praktijk en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten”.

Misbruik en oneigenlijk gebruik

Verder is DFZ verplicht op grond van de Zvw en de Wlz een actief beleid te voeren tegen misbruik en oneigenlijk gebruik.

1.4.4 Uitvoeren algemene risicoanalyse en opstellen algemeen controleplan

Conform artikel 7.6 van de Regeling zorgverzekering en artikel 7 van de Regeling langdurige zorg voert DFZ een algemene risicoanalyse uit op basis van gegevens waarover zij in verband met de uitvoering van de Zvw en Wlz beschikt. Op basis van deze risicoanalyse stelt DFZ een algemeen controleplan vast, waarin de objecten van materiële controle en de in te zetten controle-instrumenten zijn opgenomen. Het naar aanleiding van de algemene risicoanalyse opgestelde algemeen controleplan voorziet niet in de inzet van het controle-instrument detailcontrole. Indien uit het uitgevoerde algemeen controleplan blijkt dat het controledoel is bereikt, kan alleen detailcontrole worden uitgevoerd als er van een ander dan de zorgverzekeraar afkomstige, of uit de uitgevoerde controle voortvloeiende, aanwijzingen zijn, waaruit blijkt dat er sprake is van onvoldoende zekerheid.

1.4.5 Publicatieverplichtingen

Op grond van artikel 7.7 van de Regeling zorgverzekering moet de zorgverzekeraar het controledoel (artikel 7.5) en het algemeen controleplan (artikel 7.6) aan verzekerden en zorgaanbieders op een gemakkelijk toegankelijke manier openbaar maken. DFZ plaatst deze informatie jaarlijks op haar internet site. Het specifieke controleplan hoeft niet openbaar gemaakt te worden. Wel is het in geval van detailcontrole verplicht de betreffende zorgaanbieder vooraf te informeren.

1.4.6 Toegang tot persoons- en gezondheidsgegevens

DFZ mag gebruik maken van persoonsgegevens die DFZ in het kader van declaratieverkeer reeds heeft ontvangen. In Artikel 87 lid 2 van de Zvw staat beschreven dat een zorgaanbieder die aan een verzekerde zorg of andere diensten heeft verleend overeenkomstig artikel 11 van de Zvw, DFZ de persoonsgegevens verstrekt, die voor de zorgverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Zvw. Hieronder vallen ook persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wbp.

In artikel 7.1 van de Regeling zorgverzekering wordt daarnaast uiteengezet dat bovengenoemde gegevens door de zorgverzekeraar gebruikt mogen worden voor het verrichten van formele dan wel materiële controles.

De zorgverzekeraar mag volgens artikel 7.5 verzekerden met gebruikmaking van persoonsgegevens waarover hij in verband met de uitvoering van de zorgverzekering reeds beschikt enquêteformulieren zenden om onderzoek te doen of de in rekening gebrachte zorg daadwerkelijk is verleend. Wanneer het voor uitvoering van de controle noodzakelijk is om meer informatie op te vragen dan is de zorgaanbieder volgens artikel 7.4 van de Regeling zorgverzekering verplicht zijn medewerking te verlenen aan de materiële controle.

De zorgaanbieder is op grond van artikel 87 Zvw, ondanks het beroepsgeheim, verplicht om de noodzakelijke persoons- en gezondheidsgegevens aan de zorgverzekeraar te verstrekken, mits de zorgverzekeraar de wettelijk vereiste controlestappen gevolgd heeft zoals opgenomen in het "Protocol Materiële controle". Zowel voor de materiële controle als de detailcontrole is in dat geval geen toestemming vereist van verzekerden. De zorgverzekeraar is verplicht tot geheimhouding.

Het gebruikmaken van persoonsgegevens gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de adviserend medisch-/zorginhoudelijk adviseur. De medisch-/zorginhoudelijk adviseur is verantwoordelijk voor het bewaken en beschermen van de privacy van de ter beschikking gestelde dossiers van een verzekerde. DFZ hanteert de definitie van adviseur zoals deze in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars staat beschreven: "Medisch adviseur: de (tand)arts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of apotheker die de zorgverzekeraar adviseert over medische aangelegenheden voor zover dat ligt op zijn deskundigheidsgebied zoals die blijkt uit de BIG-registratie en die in dit kader functioneel leiding geeft aan de functionele eenheid c.q. functionele eenheden waarin deskundige medewerkers zijn betrokken bij verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid voor specifieke (gekwalficeerde) doeleinden."

In het kader van fraudeonderzoek wordt in artikel 4.10 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars toestemming gegeven om persoonsgegevens op te nemen in het Incidentenregister en het Extern Verwijzingsregister (EVR) indien aan de voorwaarden van artikel 4.10 lid 1 is voldaan.

1.4.7 Terugvorderingstermijn

In het Burgerlijk Wetboek, boek 3, artikel 309 wordt vermeld: “Een rechtsvordering uit onverschuldigde betaling verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de schuldeiser zowel met het bestaan van zijn vordering als met de persoon van de ontvanger is bekend geworden en in ieder geval twintig jaren nadat de vordering is ontstaan.” Hieraan kan ontleend worden dat (indien niet anders in de overeenkomst is afgesproken) tot vijf jaar terug kan worden teruggevorderd.

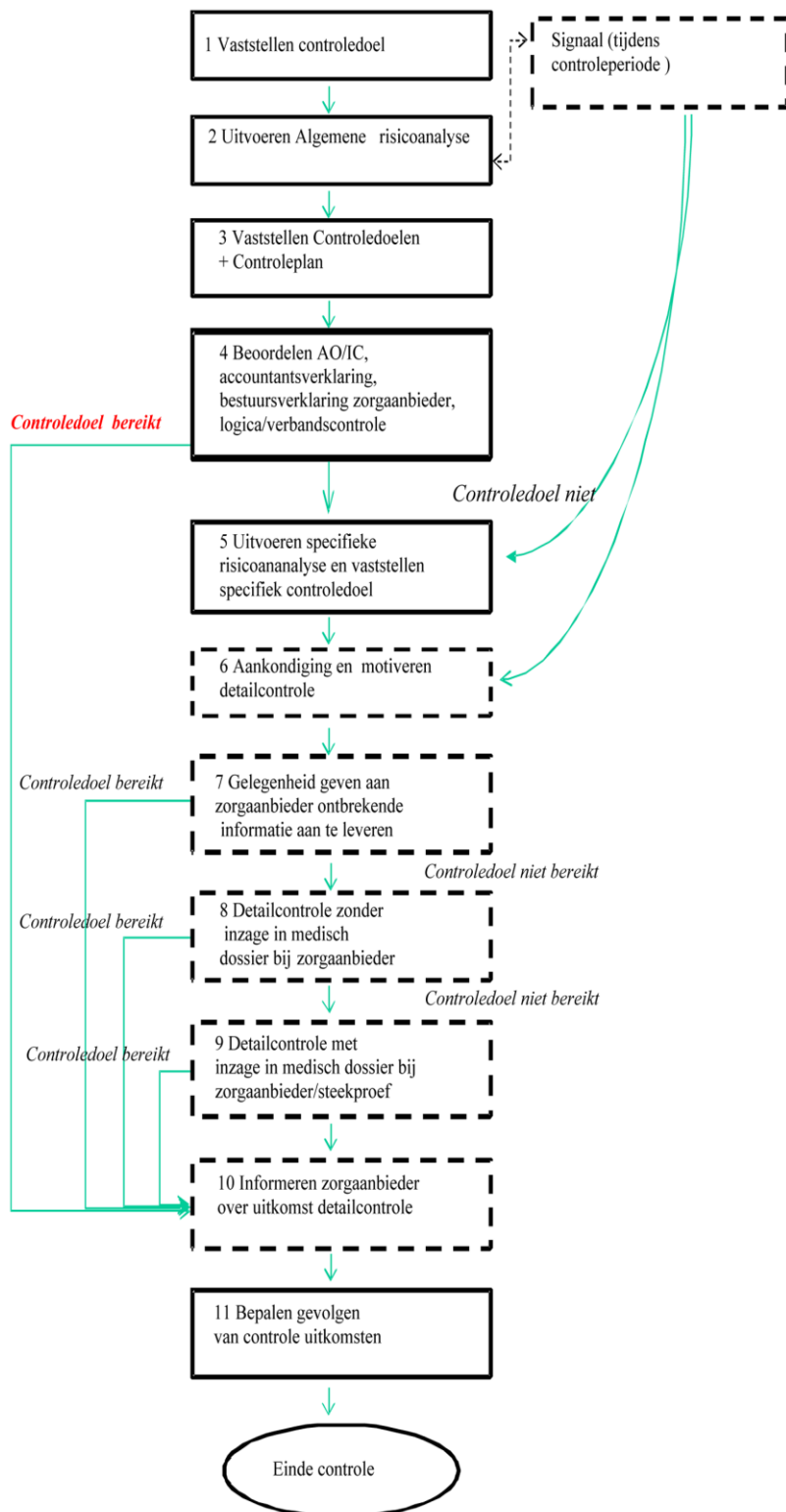
1.5 Uitvoering materiële controles door DFZ

Bij de uitvoering van de materiële controle^{2 3} volgt DFZ het hierna volgende stappenplan. Hierin wordt op hoofdlijnen aangegeven hoe de materiële controle dient te worden opgezet. Het doel is te zorgen voor een controlesysteem waarbij betrokkenen en de persoonlijke levenssfeer zo weinig mogelijk worden belast. Deze stappen zijn een vereiste voor de inzet van instrumenten van detailcontrole en dienen derhalve als basis voor de controleaanpak en -rapportages. Het uitgangspunt is dat een medisch adviseur betrokken wordt bij alle te volgen stappen in het kader van de materiële controle.

² Controles op gepast gebruik worden op dezelfde manier opgezet als materiële controles. Derhalve worden in verband met efficiency overwegingen de controles op gepast gebruik meegenomen in de materiële controles.

³ Fraudeonderzoeken worden op dezelfde manier opgezet als materiële controles. Het verschil met materiële controle is gelegen in het feit dat er bij een fraudeonderzoek ook wordt onderzocht of er opzettelijk onterecht is gedeclareerd. Wanneer er kan worden aangetoond dat er opzettelijk een regel is overtreden met als doel om financieel of wederrechtelijk voordeel te behalen, dan is er sprake van fraude. In deze gevallen kunnen er maatregelen door DFZ worden opgelegd. Voor meer informatie hierover verwijzen wij naar het maatregelenbeleid zoals dit in ZN verband is opgesteld.

Stappenplan materiële controle⁴:



⁴ Bron: Protocol materiële control

1. Vaststellen controledoel

Als eerste stap in het proces materiële controle, wordt het controledoel bepaald. Het controledoel komt overeen met de algemene doelstelling van materiële controle zoals beschreven in dit algemeen controleplan: *“Voldoende zekerheid verwerven dat er geen sprake is van substantiële onrechtmatigheid en ondoelmatigheid in de gedeclareerde zorgverlening”* Bij het vaststellen van het controledoel wordt de soll-positie (geldende norm) bepaald. De materiële controle is van toepassing op de basisverzekering als ook op de aanvullende verzekering en Wet langdurige zorg.

2. Uitvoeren algemene risicoanalyse

De algemene risicoanalyse is de basis voor het controleplan. De aanpak van risicoanalyse ten behoeve van materiële controles omvat het definiëren van risico's, alsmede hun impact en het definiëren van de bijbehorende interne beheersmaatregelen die het risico mitigeren. De algemene risicoanalyse vindt plaats binnen de ketenplatforms. Hierin worden periodiek per verstrekking door een groep specialisten (organisatiebreed) de belangrijke risico's bepaald. Organisatiebreed wil zeggen dat specialisten uit alle relevante disciplines hierin vertegenwoordigd zijn (zoals medewerkers van de afdelingen Zorginkoop, Marketing & Productontwikkeling, Zorgdeclaraties, Contractbeheer, Risk & Control en de fraudecoördinator). De lijst met ZiNL standpunten wordt periodiek door de medisch adviseur doorgenomen en in de verschillende ketenplatforms meegenomen. In de ketenplatforms worden de bestaande risico's geëvalueerd en nieuwe risico's benoemd naar aanleiding van onder andere:

- signalen van verzekerden;
- signalen van zorgverleners;
- signalen intern medewerkers (declaratieverwerking/Zorginkoop /Call Center etc.);
- signalen extern (ZN/NZa/ZiNL/andere zorgverzekeraars);
- signalen vanuit de media;
- wijziging in processen en werkmethodes;
- wijzigingen in systemen en systeemcontroles;
- wijzigingen in wet- en regelgeving/polisvoorwaarden/contractvoorwaarden met zorgaanbieders;
- circulaire van het Zorginstituut Nederland;
- ontwikkelingen in de branche, waaronder “stand van de wetenschap”;
- rapportages:
 - verbeterpunten/aanwijzingen van de NZa;
 - verbeterpunten/aanwijzingen Internal Audit;
 - uitkomsten eigen onderzoeken en controles;
 - uitkomsten praktijkvariatie, analyses, spiegelinformatie etc.;
- overig.

Binnen het ketenplatform wordt bepaald of iets als risico benoemd wordt. Deze lijst met risico's wordt per verstrekking vastgelegd in een risicomatrix. In deze risicomatrix worden ook de interne beheersmaatregelen en de impact van het risico vastgelegd.

3. Vaststellen controledoelen en controleplan

Van de grootste risico's uit de risicomatrices per verstrekking worden de controledoelen bepaald. Deze controledoelen worden opgenomen in het Algemeen controleplan. Deze wordt jaarlijks voorafgaand aan de uitvoering van de controles op de website van DFZ gepubliceerd.

4. Uitvoeren algemene controle

Het controleplan vormt de basis voor de uitvoering van de materiële controle om het controledoel te bereiken. DFZ neemt de vereiste proportionaliteit en subsidiariteit in acht bij het uitvoeren van de materiële controle. Dit betekent, dat DFZ geen zwaarder middel inzet, als dat niet nodig is om het controledoel te bereiken (proportionaliteit), en dat de verwerking van de persoonsgegevens is toegestaan als het controledoel alleen op deze wijze kan worden bereikt (subsidiariteit).

Dit houdt concreet in dat DFZ in eerste instantie de risico's onderzoekt door gebruik te maken van algemene controle-instrumenten, namelijk het:

- Beoordelen van bijvoorbeeld de Administratieve Organisatie/Interne Beheersing (AO/IB), de door een accountant afgegeven controleverklaring bij de jaarrekening, de bestuursverklaring en de jaarrekening van de betreffende zorgaanbieder.
- Uitvoeren van diverse analyses en logica/verbandcontroles, waarbij uitgegaan wordt van het feit dat alle vormen van structureel en substantieel onrechtmatig (daadwerkelijke levering) en ondoelmatig (ook het niet voldoen aan de stand van de wetenschap en niet gepast gebruik) declaratiegedrag zal leiden tot een afwijking van het gemiddelde. Middels analyse worden deze zaken opgespoord, gecontroleerd en indien nodig gecorrigeerd.
- Inzetten van enquêtes. Aan het inzetten van enquêtes als controlemiddel zijn geen voorwaarden verbonden, derhalve kan deze ook in het kader van een algemene controle ingezet worden. In het kader van de materiële controle heeft een enquête primair tot doel te controleren of de in rekening gebrachte zorg daadwerkelijk is verleend. Uit het oogpunt van efficiëntie en kosten wordt er door DFZ echter pas voor de enquête als controlemiddel gekozen, indien er geen lichter controlemiddel is welke voldoende inzicht kan geven in de rechtmatigheid van de geleverde zorg.

Indien door het uitvoeren van bovenstaande algemene controlewerkzaamheden het controledoel is bereikt, wordt bepaald wat de uitkomsten zijn. Indien nodig wordt de zorgaanbieder op de hoogte gesteld van de uitkomsten en wordt de controle afgerond.

5. Uitvoeren specifieke risicoanalyse en vaststellen specifiek controledoel

Zoals reeds eerder opgemerkt is, geldt dat de stap naar detailcontrole uitsluitend mag plaatsvinden als uit de bevindingen van het uitgevoerde algemeen controleplan blijkt dat het controledoel niet is bereikt, of dat het controledoel wel is bereikt, maar er andere signalen zijn, waardoor er toch nog sprake is van onvoldoende zekerheid. In dat geval wordt er een specifieke risicoanalyse uitgevoerd. Aan de hand van de resultaten van de specifieke risicoanalyse stelt DFZ een specifiek controledoel vast met een daaraan gekoppeld controleplan.

Een aanleiding voor detailcontrole kan in elk geval voortvloeien uit:

- resultaten formele controle;
- resultaten van de uitgevoerde algemene controle;
- signalen met betrekking tot een bepaalde zorgverlener die voortvloeien uit de statistische analyse en/of verbandscontrole;
- afwijkend of onjuist aanvraaggedrag;
- signaal van collega's van de zorgverlener, beroepsorganisatie of inspectie;
- signaal van verzekerden/patiënten;
- signaal van andere zorgverzekeraar;
- berichtgeving in de media.

Op basis van het specifieke controleplan wordt de detailcontrole uitgezet.

6. Aankondiging detailcontrole

DFZ kondigt de detailcontrole voorafgaand aan de feitelijke controle aan bij de zorgaanbieder. Hierbij meldt DFZ aan de zorgaanbieder:

- de aanleiding en het doel van de controle;
- de wijze waarop de controle zal plaatsvinden;
- binnen welke termijn de bevindingen kenbaar zullen worden gemaakt (conform het controleplan) en wat de mogelijke gevolgen zijn (zie stap 11).

Indien de omstandigheden daartoe aanleiding geven en indien dat voor de aard van het onderzoek van belang is, kan een controle zonder aankondiging plaatsvinden.

Vormen van detailcontrole die DFZ inzet van licht naar zwaar:

- gerichte vragen stellen aan de zorgaanbieder om met betrekking tot de verzekerde ontbrekende informatie aan te leveren;
- inzage in de administratie van de zorgaanbieder (zonder inzage in het medisch dossier);
- inzage in het medisch dossier van de verzekerde.

Bij elke stap geldt dat, indien er voldoende zekerheid betreffende de rechtmatigheid en/of doelmatigheid

verkregen is, de controle wordt afgesloten.

7. Opvragen ontbrekende informatie aan te leveren

De aankondiging zoals bedoeld in stap 6 kan vergezeld gaan van het opvragen van aanvullende informatie. Met deze informatie kan de zorgaanbieder antwoord geven op de openstaande (controle)vragen vanuit DFZ, zonder dat hierbij persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid worden verstrekt. Overigens kan het ook zo zijn dat aanvullende informatie bij de verzekerde wordt opgevraagd. Soms is dit de enige mogelijkheid om volledige informatie te verkrijgen.

8. Inzage in administratie van de zorgaanbieder (zonder inzage in medisch dossier)

Bij het controle-instrument inzage in de administratie van de zorgaanbieder zonder inzage in het medisch dossier, wordt gebruik gemaakt van persoonsgegevens waarover DFZ niet zelf beschikt. Tot de detailcontrole zonder inzage in het inhoudelijk medisch dossier worden de volgende activiteiten gerekend:

- Het opvragen van informatie bij de zorgaanbieder; bijvoorbeeld verklaring vragen voor afwijkende kengetallen.
- Het controleren van de afspraken van de cliënt in het (elektronische) systeem van de zorgaanbieder.

9. Inzage in het medisch dossier van de verzekerde

Bij het uitvoeren van detailcontrole moet een zorgaanbieder DFZ conform het specifieke controleplan inzage verstrekken in het inhoudelijk medisch dossier. Dat kan zowel aan de orde zijn in individuele gevallen, als steekproefsgewijs. DFZ is verantwoordelijk voor een zorgvuldige uitvoering van de detailcontrole, onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur. Overigens geldt als uitgangspunt dat inzage in het medisch dossier alleen in uiterste instantie mogelijk is. Dit laat onverlet dat er situaties voorzienbaar zijn, waarin duidelijk is dat het specifieke controledoel alleen kan worden behaald door het uitvoeren van een steekproef, en dat andere instrumenten voor detailcontrole niet bruikbaar zijn voor het behalen van het controledoel. In een dergelijk geval hoeft DFZ niet eerst die andere stappen in te zetten.

10. Informeren zorgaanbieder over uitkomst detailcontrole

De zorgaanbieder dient door DFZ geïnformeerd te worden over de uitkomst van de controles. In het kader van hoor en wederhoor wordt de zorgaanbieder in de gelegenheid gesteld binnen redelijke termijn op de uitkomst van de detailcontrole te reageren. Op basis van de reactie van de zorgaanbieder stelt DFZ de definitieve uitkomst van de controle vast en bericht deze aan de zorgaanbieder.

11. Bepalen gevolgen van controle-uitkomsten

Indien bij een controle tekortkomingen zijn vastgesteld, worden de gevolgen daarvan bepaald. Daarbij staat uiteraard het belang van de verzekerde centraal. Hiernaast wordt rekening gehouden met de volgende aspecten:

- Heeft de zorgverlener zichzelf verrijkt?
- Is er sprake van een bewust of een onbewust gemaakte fout?
- Had de zorgverlener kunnen weten dat hij fouten maakte?
- Zijn er aan de kant van de zorgverzekeraar fouten gemaakt?
- Is de zorgverlener eerder gewaarschuwd?
- Heeft de zorgverlener meegewerkt aan het onderzoek?
- Komt de zorgverlener bij zijn/haar motivering eerlijk over?
- Wat is redelijk?

De gevolgen kunnen zeer divers zijn en bijvoorbeeld uitmonden in:

- het uitbreiden van de controle;
- het overhandigen van het dossier aan de fraudecoördinator ten behoeve van het uitvoeren van een fraudeonderzoek;
- het geven van een waarschuwing;
- een terugvordering of verrekening met toekomstige declaraties van de zorgverlener;
- aanvullende voorwaarden verstrekken aan de zorgaanbieder;
- het aanpassen of beëindiging van de overeenkomst;

- het informeren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- een melding doen bij de NZa;
- het inlichten van de Economische Controle Dienst;
- aangifte doen bij de politie.

Afhankelijk van de feiten en omstandigheden kunnen de hiervoor genoemde gevolgen en acties worden gecombineerd.

1.6 Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

De materiële controles en de eventuele detailcontroles worden gecoördineerd en uitgevoerd door de medewerkers van de afdeling Risk & Control. De afdeling Risk & Control valt als resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE) onder de business unit (BU) Zorg en Gezondheid.

Binnen RVE Risk & Control is er voldoende analytische en controle technische expertise aanwezig. De benodigde medisch inhoudelijke expertise wordt “ingehuurd” van zorginkoop. Deze (BIG geregistreeerde) medisch adviseurs hebben een zuiver adviserende rol bij opzet, uitvoering en evaluatie. De regie van de controle ligt bij Risk & Control. Risk & Control trekt derhalve ook de conclusies en bepaalt de vervolgacties.

A2 ONDERWERPEN MATERIËLE CONTROLE

2.1 Inleiding

De materiële controles worden per segment/verstrekking beschreven. Ook de controles die vanuit de algemene risicomatrix uitgevoerd moeten worden door middel van materiële controle, zullen in de volgende paragrafen per segment/verstrekking worden beschreven.

2.3 Farmacie

Apothekers en apotheek houdende huisartsen declareren rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. De medicatie wordt afgeleverd op basis van een voorschrift van een huisarts of specialist.

*Controle onderwerp : **Declaraties meer dan gemiddeld***

Materiële controle kan plaatsvinden wanneer de apotheker of de apotheekhoudende huisarts gemiddeld meer declareert dan zijn/haar collega's.

Controle instrumenten

Op basis van analyse worden apothekers/apotheekhoudende huisartsen met het meest afwijkende declaratiegedrag naar een verklaring gevraagd. Dit geldt zowel voor de gedeclareerde medicatie, voor de in rekening gebrachte Wmg opslagen als voor de losse prestaties. Wanneer geen afdoende verklaring gevonden kan worden, kan overgegaan worden tot dossiercontrole bij de declarant en/of de voorschrijver.

*Controleonderwerp : **Doorbereidingen onder bepaalde voorwaarden***

Zorginstituut Nederland heeft aangegeven dat doorbereidingen alleen onder bepaalde voorwaarden gedeclareerd mogen worden. Het vermoeden bestaat dat er doorbereidingen worden gedeclareerd zonder dat deze aan de gestelde voorwaarden voldoen.

Controle instrumenten

Middels analyse zullen apothekers/apotheekhoudende huisartsen worden geselecteerd die in verhouding veel doorbereidingen declareren waar Zorginstituut Nederland voorwaarden aan gesteld heeft. Deze zorgverleners zullen naar een verklaring worden gevraagd voor dit afwijkende declaratiegedrag. In het geval dat de verklaring niet afdoende is, worden de artsenverklaringen opgevraagd.

2.4 Huisartsen

Huisartsen

Als beloning voor de geleverde zorg ontvangen de huisartsen een inschrijftarief en modulaire vergoedingen. Daarnaast zijn er een aantal los declarabele prestaties zoals consulten visites enz.

*Controle onderwerp: **Afwijkende declaranten***

Bij de controle van vorig jaar is gebleken dat er nog steeds verschillende interpretaties van de declaratieregels betreffende deze los declarabele verrichtingen zijn. Daarom gaan wij dit jaar verder met het benaderen van huisartsen die verhoudingsgewijs meer los declarabele verrichtingen dan gemiddeld declareren. Naast de gedeclareerde consulten en visites zal hierbij eveneens aandacht zijn voor de gedeclareerde M&I verrichtingen.

Controle instrumenten

Selectie van de huisartsen zal plaatsvinden op basis van analyse met behulp van een monitor. Schriftelijk wordt aan ver boven gemiddeld declarerende huisartsen gevraagd hoe men de geldende declaratieregels betreffende de gevonden afwijking heeft geïnterpreteerd en wat de mogelijke reden voor de afwijking kan zijn. Indien een afdoende antwoord niet gevonden kan worden kan er tot dossiercontrole overgegaan worden.

*Controle onderwerp: **Doelmatig verwijzen***

Daarnaast zal er ook gecontroleerd worden op doelmatigheid. Selectie zal plaatsvinden op basis van analyse. De praktijken waarbij relatief veel verzekerden worden verwezen tegen relatief lage kosten zullen worden geselecteerd voor nadere controle. Daarnaast kunnen ook praktijken geselecteerd worden die weinig verwijzen tegen relatief hoge kosten. De controle zal dan ook gericht zijn op huisartsen die substantieel afwijkend verwijzen.

Controle instrumenten

Selectie geschiedt op basis van analyse. Indien uit nadere analyse van de gedeclareerde voorschriften een sterk vermoeden blijkt dat ondoelmatig verwezen wordt, zullen wij de desbetreffende huisarts om een verklaring vragen. Wanneer deze niet gevonden kan worden, zal de medisch adviseur met de huisarts in gesprek gaan om te kijken of eventueel ondoelmatig verwijsgedrag bijgestuurd kan worden.

*Controle onderwerp: **Nieuwe prestaties***

Per 1 januari 2016 zijn er diverse nieuwe verrichtingen vastgesteld welke door huisartsen gedeclareerd mogen worden. Uit ervaring is gebleken dat dit vaak leidt tot foutieve declaraties.

Controle instrumenten

Middels monitoring zullen de ingediende declaraties per declarant periodiek gevolgd worden. Aan huisartsen met het meest afwijkende declaratiegedrag zal gevraagd worden hoe men de wet- en regelgeving geïnterpreteerd heeft. Wanneer hier geen afdoende verklaring voor gevonden kan worden kan overgegaan worden tot dossiercontrole.

Ketenzorg

Wanneer een huisarts een verzekerde met een bepaald ziektebeeld aanmeldt bij een ketenzorginstelling, wordt de zorg die gerelateerd is aan deze aandoening via de ketenzorg instelling bekostigd.

*Controle onderwerp: **Dubbele declaraties door zowel ketenpartner als ketenzorginstelling***

Uit controles in voorgaande jaren is gebleken dat er nogal eens gelden bij de ketenzorginstellingen blijven liggen als gevolg van dubbele declaraties. Gebleken is dat de ketenpartners verrichtingen betreffende een verzekerde die in de ketenzorg was opgenomen bij de zorgverzekeraar declareerden in plaats van bij de ketenzorginstellingen. De hiervoor gedeclareerde keten-DBC-gelden bleven onaangeroerd bij de ketenzorginstelling achter. In dit geval is sprake van dubbele declaratie bij de zorgverzekeraar (een keten-DBC door de ketenzorginstelling en een verrichting door de ketenpartner).

Controle instrumenten

Controle vindt plaats op basis van de jaarrekeningen die door de diverse ketenzorginstellingen jaarlijks worden aangeleverd. Alle gelden die jaarlijks niet worden besteed ten behoeve van de ketenzorg waarvoor deze zijn ontvangen, worden aan de desbetreffende zorgverzekeraar terugbetaald. Met de verschillende ketenzorginstellingen is afgesproken dat met het oog op de continuïteit een reserve mag worden aangehouden van maximaal 15% van de omzet van dat jaar. Dit is contractueel vastgelegd. In geval van onzekerheid kunnen tevens de onderliggende declaratiegegevens van de ketenpartners bij de ketenzorginstelling worden opgevraagd voor nader onderzoek.

*Controle onderwerp: **Dubbele declaraties door ketenpartner***

Uit de ketenplatforms is het risico naar voren gekomen dat de zorgverlener dubbel declareert. De zorgverlener declareert dan dezelfde zorg bij zowel de zorgverzekeraar als bij de ketenzorginstelling. Dit risico wordt niet door de bovengenoemde controle afgedekt.

Controle instrumenten

Controle vindt plaats aan de hand van de declaratie bestanden van de ketenzorginstellingen. Om te bepalen of dubbel wordt gedeclareerd worden deze bestanden langs de door ons uitbetaalde declaraties gehaald.

2.5 Mondzorg

Bij mondzorg loopt de betaling vaak via de verzekerde. De verzekerde betaalt eerst de nota aan de tandarts en krijgt vervolgens, wanneer hij/zij de nota bij DFZ indient 80 – 100% vergoed. Allereerst worden foutieve combinaties door het systeem tegengehouden. Vervolgens vinden er periodiek formele controles plaats op basis van steekproeven en/of query's.

Controle onderwerp: Afwijkende declaranten

Ten behoeve van controle op de daadwerkelijke levering van het gedeclareerde wordt een analyse uitgevoerd. De controles zijn onder andere gericht op upcoding (het onterecht declareren van een duurdere verstrekking) en het declareren van niet toegestane code combinaties (in hetzelfde element). Verder wordt gecontroleerd of tandartsen volgens de richtlijnen behandelen en declareren. Als dit niet het geval is lopen wij het risico dat ondoelmatig wordt behandeld en gedeclareerd.

Controle instrumenten

De analyse heeft als basis de cijfermatige analyses, de mondzorgspiegelinformatie en aanvullende statistische informatie. Opvallende ontwikkelingen, signalen en uitkomsten van query's kunnen aanleiding zijn voor nader onderzoek ter plaatse in de vorm van een gesprek met de betreffende tandarts en/of (wanneer het gesprek niet voldoende zekerheid oplevert betreffende de rechtmatigheid) het lichten van dossiers. In het geval dat de controle leidt tot een terugvordering van de onterecht gedeclareerde verrichtingen (bij de zorgverlener), dan compenseren wij voor zover mogelijk onze verzekerden voor de 20% eigen bijdrage die zij hebben betaald.

2.6 Vervoer

Ten behoeve van de controle van vervoer onderscheiden wij twee groepen, namelijk: liggend ziekenvervoer en zittend ziekenvervoer.

Liggend ziekenvervoer (ambulancevervoer)

Het ambulancevervoer is een gebudgetteerde verstrekking. Een vervoerder heeft geen direct voordeel als hij meer declareert. Uiteindelijk ontvangt de vervoerder altijd het afgesproken budget.

Controle op basis van signalen

Aangezien er uit de controles van voorgaande jaren is gebleken dat het financiële risico op onrechtmatige of ondoelmatige declaraties zeer klein is, is besloten alleen controle te laten plaatsvinden op basis van signalen.

Controle instrumenten

Allereerst kan de zorgverlener gevraagd worden naar een verklaring voor de gevonden afwijkingen. Wanneer op basis hiervan de rechtmatigheid niet kan worden vastgesteld, kan controle plaatsvinden middels het bevragen van de verzekerde. Wanneer dit niet voldoende zekerheid betreffende de rechtmatigheid biedt, kan tot dossiercontrole worden overgegaan.

Zittend ziekenvervoer (taxivervoer)

De meeste taxicentrales (99%) declareren via Buitengewoon Personenvervoer Nederland (BPN) op basis van een machtiging van DFZ betreffende het vervoer van de verzekerde. Deze machtiging is afgegeven op basis van een verklaring van de arts.

Controle op basis van signalen

Met BPN zijn afspraken gemaakt over de door hen uit te voeren controles. Wij kunnen hier op steunen. Materiële controle vindt daarom alleen plaats op basis van signalen.

Controle instrumenten

In geval van afwijkend declaratiegedrag wordt de vervoerder door een medewerker van BPN benaderd met de vraag waarom de declaratie afwijkt. In geval er twijfel blijft over de juistheid van de declaratie wordt contact opgenomen met DFZ. Op basis van dit signaal kan besloten worden om contact op te nemen met de vervoerder.

Zolang dit niet voldoende zekerheid betreffende de rechtmatigheid van de declaratie oplevert, kan besloten worden achtereenvolgens over te gaan tot een verbandscontrole, een enquête en in het uiterste geval tot dossiercontrole.

Zittend vervoer (eigen vervoer/openbaar vervoer)

Voor de vergoeding van eigen of openbaar vervoer dient de verzekerde vooraf een aanvraag tot machtiging bij de zorgverzekeraar in te dienen. Wanneer deze wordt gehonoreerd, zal de declaratie rechtstreeks aan de verzekerde uitbetaald worden.

Controle op basis van signalen

Omdat de declaraties van deze verstrekking vooraf gemachtigd zijn, is besloten alleen te controleren op basis van signalen.

Geplande controles

Ondanks dat uit eerdere verbandscontroles is gebleken dat het risico hier zeer laag is, vindt er dit jaar één controle plaats. Aangezien het geen verplichting meer is voor de verzekerde om bij zijn declaratie van vervoerskosten afsprakenkaartjes te overleggen, gaan wij monitoren of de kosten voor deze verstrekkingen niet sterk toenemen. Dit zou er op kunnen duiden dat er vervoerskosten worden gedeclareerd die in werkelijkheid niet zijn gemaakt.

Controle instrumenten

Op basis van een signaal kan besloten worden het declaratiegedrag van de verzekerde nader te onderzoeken middels verbandscontroles.

2.7 Paramedische hulp

Paramedische hulpverleners declareren rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten zijn voor de verzekerde direct toegankelijk. Voor overige paramedici heeft de verzekerde een verwijzing van de huisarts of de specialist nodig.

Fysiotherapie/Oefentherapie

Paramedische hulpverleners declareren rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten zijn voor de verzekerde direct toegankelijk. Voor niet-gecontracteerde paramedici heeft de verzekerde een verwijzing van de huisarts of de specialist nodig.

Controle onderwerp: Afwijkende declaranten

Controle van de paramedische zorg richt zich met name op paramedische hulpverleners die ruim boven het gemiddelde uitsteken. Hierbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar het meer dan gemiddeld declareren van toeslagen en lange zittingen, het declareren van 'no show', het knippen in behandeldata, het declareren van groepsbehandelingen, het declareren van extreem veel zittingen per verzekerde of het declareren in strijd met Zorginstituut Nederland standpunten.

Controle instrumenten

De te controleren praktijken worden geselecteerd op basis van cijfermatige analyse, signalen of steekproefsgewijs (aselect). Het steekproefsgewijs selecteren van een praktijk dient om het declareren van 'no show' te onderzoeken. Dit kan niet middels een statistische analyse of een ander, lichter controle-instrument dan de enquête worden onderzocht. Bij alle overige controleonderwerpen zal middels cijfermatige analyse gekeken worden naar statistische afwijkingen.

Daadwerkelijke levering en doelmatigheid wordt middels de materiële controle hoofdzakelijk onderzocht in de vorm van een enquête. De declaraties van een fysiotherapeut/oefentherapeut over een bepaalde periode worden daarbij vergeleken met de antwoorden van de geënquêteerde verzekerden. Eventueel gevonden afwijkingen worden aan de gecontroleerde fysiotherapeut overlegd voor een verklaring. Mocht deze hiervoor geen afdoende verklaring hebben dan kan er worden overgegaan tot dossiercontrole.

In gevallen waarin een enquête geen toegevoegde waarde heeft, of indien de fout op voorhand vaststaat, wordt eerst de fysiotherapeut/oefentherapeut rechtstreeks benaderd.

*Controle onderwerp: **Nieuwe verrichtingen.***

Per 1 januari 2016 zijn er diverse nieuwe verrichtingen vastgesteld welke door de paramedische hulpverleners gedeclareerd mogen worden. Bovendien zijn er per 1 januari 2016 andere voorwaarden aan bepaalde verrichtingen vastgesteld. Uit ervaring is gebleken dat deze wijzigingen vaak kunnen leiden tot foutieve declaraties.

Controle instrumenten

Middels monitoring zullen de ingediende declaraties per declarant periodiek gevolgd worden. Paramedische hulpverleners met het meest afwijkende declaratiegedrag, zal gevraagd worden hoe men de wet- en regelgeving geïnterpreteerd heeft. Wanneer hier geen afdoende verklaring voor gevonden kan worden, kan overgegaan worden tot dossiercontrole bij de declarant.

Logopedie/Dieetadvisering/Ergotherapie

Controle op basis van signalen

Over voorgaande jaren zijn deze paramedische verstrekkingen gecontroleerd. Hierbij zijn weinig onrechtmatigheden geconstateerd. Op grond van deze constatering is ervoor gekozen deze verstrekking op basis van eventuele signalen te controleren.

Controle instrumenten

Wanneer wij een gericht signaal ontvangen zal controle plaatsvinden in de vorm van een enquête. De declaraties van desbetreffende zorgverlener over een bepaalde periode worden daarna vergeleken met de antwoorden van de geënquêteerde verzekerden. Eventueel gevonden afwijkingen worden aan de gecontroleerde paramedicus overlegd voor een verklaring. Mocht deze hiervoor geen afdoende verklaring hebben dan kan er worden overgegaan tot dossiercontrole.

In gevallen waarin een verklaring van de desbetreffende paramedicus vooraf voldoende zekerheid zou kunnen bieden, of indien de fout op voorhand vaststaat, wordt eerst de paramedicus rechtstreeks benaderd.

2.8 Hulpmiddelen

Een hulpmiddelenleverancier declareert op basis van een aanvraag van een huisarts of specialist rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. Afhankelijk van het geleverde hulpmiddel legt deze een dossier aan om daarmee inzichtelijk te maken dat het geleverde hulpmiddel daadwerkelijk geleverd is en dat dit het meest doelmatige is voor de verzekerde.

*Controle onderwerp: **Afwijkende declaranten***

Om het risico van het declareren van niet geleverde en/of ondoelmatige hulpmiddelen af te dekken zal op basis van statistisch materiaal (2014 – 2015) het declaratiegedrag van hulpmiddelenleveranciers worden geanalyseerd. Hulpmiddelenleveranciers die ruim boven het gemiddelde uitsteken, kunnen in de controle worden opgenomen.

Controle instrumenten

Deze controle kan, indien de analyse hier aanleiding toe geeft, vorm krijgen middels het beoordelen van voorschriften, enquêtes richting verzekerden, gesprekken met leverancier en/of voorschrijver en in het uiterste geval kan er overgegaan worden tot controle van de patiëntendossiers bij de leverancier.

2.9 Medisch Specialistische Zorg

Declaraties MSZ worden rechtstreeks bij de zorgverzekeraar ingediend. MSZ is, behoudens acute zorg, slechts toegankelijk na een voorafgaande verwijzing.

Dit segment wordt in belangrijke mate middels het landelijke protocol 'Handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ 2015 (zelfonderzoek) getoetst. Er zijn daarom in dit ICP alleen specifieke materiële controles en controles op gepast gebruik beschreven die niet onder de handreiking vallen.

Voor een overzicht van de onder het zelfonderzoek vallende controles wordt verwezen naar de handreiking. Als de risicoanalyse hier aanleiding voor geeft, worden de ziekenhuizen die niet deelnemen aan het zelfonderzoek gecontroleerd door DFZ.

*Controle onderwerp: **Praktijkvariatie***

Er zal een analyse worden uitgevoerd op het meest recente landelijke praktijkvariatierapport om mogelijke ondoelmatigheid en/of ongepast gebruik te signaleren.

*Controle onderwerp: **Onjuiste opening/sluiting DBC's cardiologie***

Voor cardiologie gelden afwijkende (niet gestandaardiseerde) afsluitregels. Het risico bestaat dat de DBC's te snel worden gesloten en er onterecht nieuwe DBC's worden geopend.

*Controle onderwerp: **Meerdere DBC-zorgproducten van verschillende poortspecialismen bij één patiënt***

Wanneer er bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt meer poortspecialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject als sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling. Indien niet aan deze voorwaarden voldaan wordt, mag geen parallel traject geopend worden. Daarnaast veroorzaakt een toename van het aantal interne verwijzingen een stijging van het aantal DBC-zorgproducten van een verzekerde. De vraag hierbij is of er sprake is van doelmatige zorg.

*Controle onderwerp: **Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)***

Een verzekerde heeft gedurende maximaal zes maanden recht op integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde plegen te bieden. Indien deze zorg niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, mag deze niet gedeclareerd worden.

In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar toestaan dat er langer dan zes maanden GRZ wordt geleverd. De behandelend specialist dient hiervoor uiterlijk een maand voordat de termijn van zes maanden afloopt een gemotiveerde aanvraag bij DFZ in te dienen. Indien wij hiervoor geen toestemming hebben gegeven, mag deze zorg niet gedeclareerd worden.

Binnen de GRZ is uitsluitend sprake van externe verwijzingen vanuit het ziekenhuis (of eventueel revalidatiecentrum). Indien vooraf geen verwijzing van een medisch specialist aanwezig is, mag deze zorg niet gedeclareerd worden.

Aan de hand van de betaalde ziekenhuis DBC's en de ontvangen aanvragen zal worden gecontroleerd of aan de voorwaarden voor GRZ is voldaan.

*Controle onderwerp: **Top Down Analyse (TDA)***

Middels een algehele analyse/top down analyse wordt beoordeeld of:

- de onderkende risico's volledig zijn;
- de laag gescoorde risico's toch naar voren komen;
- er mogelijk sprake is van substantiële ondoelmatigheid/ongepast gebruik;
- er mogelijke issues zijn in het kader van de stand van de wetenschap en praktijk.

Controle instrumenten

Eventuele afwijkingen van alle bovengenoemde materiële controles MSZ worden besproken met de zorgaanbieder en afgestemd met de medisch adviseur. Indien hierna onvoldoende zekerheid bestaat over de rechtmatigheid, doelmatigheid en/of het gepast gebruik van de gedeclareerde zorg, zal deze zekerheid worden verkregen middels dossieronderzoek.

2.10 Geboortezorg

Verloskundige hulp

Landelijk wordt de kans op onrechtmatige declaraties bij verloskunde als klein bestempeld. Om dit te kunnen bevestigen heeft er over meerdere jaren materiële controle plaatsgevonden. Daarnaast zijn in het verleden verschillende verbandscontroles gedaan. De uitkomsten van deze controles hebben weinig/geen afwijkingen laten zien. Dit is een bevestiging van het landelijke standpunt.

Controle op basis van signalen

Op grond van deze constatering is ervoor gekozen verloskundige hulp alleen te controleren wanneer wij signalen krijgen van onrechtmatig declareren.

Controle instrumenten

Controle op verloskundige hulp kan plaatsvinden middels het controleren van de gedeclareerde verrichtingen. Hiertoe kan de verzekerde bevraagd worden. De uit de vergelijking met de declaratie gevonden afwijkingen worden met de zorgverlener besproken. Indien hieruit niet voldoende zekerheid wordt verkregen betreffende de rechtmatigheid, kan er overgegaan worden tot dossiercontrole.

Kraamzorg

Landelijk wordt de kans op onrechtmatige declaraties bij kraamzorg als klein bestempeld. Om dit te kunnen bevestigen zijn er de afgelopen jaren verschillende monitoringsmomenten geweest. De uitkomsten van deze controles hebben weinig/geen afwijkingen laten zien. Dit is een bevestiging van het landelijke standpunt.

Controle op basis van signalen

Aangezien er uit de monitor geen signalen van onrechtmatig of ondoelmatig declareren zijn gebleken, is besloten alleen controle te laten plaatsvinden op basis van signalen.

Controle instrumenten

Indien uit een signaal het vermoeden ontstaat dat er onrechtmatig gedeclareerd wordt kan de verzekerde hier middels een enquête naar gevraagd worden. Gevonden afwijkingen worden met de zorgverlener besproken. Indien hieruit niet voldoende zekerheid wordt verkregen betreffende de rechtmatigheid kan overgegaan worden tot dossiercontrole.

2.11 GGZ cure

In 2016 wordt net als het jaar ervoor door middel van het zelfonderzoek cGGZ 2014 door de instellingen zelf onderzoek gedaan naar de risico's vanuit rechtmatigheid en doelmatigheid. Hiervoor is over het jaar 2014 het controleplan 'Zelfonderzoek cGGZ 2014' opgesteld. In het controleplan zijn alle belangrijke formele en materiële controles over het jaar 2014 opgenomen. GGZ-instellingen kunnen hier op vrijwillige basis aan meedoen. Voor de instellingen die kiezen om aan dit onderzoek mee te doen, wordt voor het schadejaar 2014 verwezen naar dit controleplan.

Voor GGZ instellingen die niet meedoen aan het 'Onderzoek controles cGGZ 2014' en vrijgevestigde zorgverleners geldt dat onderstaande materiële controles van toepassing zijn.

De vorm van de eventuele controle is afhankelijk van de gesteldheid en de mate van kwetsbaarheid van de groep verzekerden. Zo is het bijvoorbeeld niet altijd wenselijk om verzekerden te enquêteren. Sommige verzekerden willen namelijk absoluut geen post met betrekking tot de verleende zorg op het huisadres ontvangen, omdat een medebewoner bijvoorbeeld onderdeel van de zorgvraag kan zijn (privacy).

Controle onderwerpen

1. Behandelminuten

De DBC declaratiestructuur biedt de zorgaanbieder de mogelijkheid om door middel van het onterecht schrijven van extra tijd een duurdere DBC in rekening te brengen. Dit wordt upcoding genoemd. De geschreven directe en indirecte tijd per behandelaar is voor ons inzichtelijk in de declaraties vanaf 1 juni 2014 en kan vanaf deze datum door ons gecontroleerd worden op formele aspecten zoals totaal geschreven tijd is conform de gedeclareerde tijdsklasse alsook op materiële aspecten zoals de verdeling van de tijd over de behandelaren en de verdeling directe/indirecte tijd.

2. Samenloop GGZ-GGZ en GGZ-MSZ

In het kader van doelmatigheid en rechtmatigheid zal een analyse gedaan worden op samenloop van gedeclareerde DBC's (incl. verblijfsdagen) in het kader van somatische MSZ-zorg met gedeclareerde GGZ verblijfsdagen (incl. ligdagen op een PAAZ/PUK afdeling van het ziekenhuis) of samenloop van verblijfsdagen over GGZ-instellingen heen.

3. Maximum duur verblijf

Tot 2014 gold dat het maximum aantal dagen onafgebroken verblijf in een GGZ instelling 365 dagen betrof. Vanaf 2015 vallen ook het tweede en derde jaar intramurale GGZ-zorg onder de Zvw. Hierdoor valt het maximum aantal dagen onafgebroken verblijf tot 1076 dagen onder de Zvw. Het rechtmatigheidsrisico bestaat hier dat een verzekerde te lang gefinancierd wordt vanuit de Zvw.

Controle instrumenten

De risico's 1 t/m 3 worden onderzocht middels een algehele analyse en/of een top down analyse. Indien hieruit afwijkingen blijken, zal hiervoor een verklaring opgevraagd worden bij de zorgaanbieder. Indien verder onderzoek nodig is, zal dossieronderzoek plaatsvinden.

Controle onderwerp

4. Verlijfszwaarte en verblijfsduur

De verpleegdagen zijn los declarabel. Er zijn verschillende declarabele producten naar gelang de zwaarte van de verpleging (bijv. gesloten afdeling vs. niet-gesloten afdeling). Het risico bestaat dat er een duurdere variant wordt gedeclareerd dan er geleverd is (upcoding), of dat een duurdere variant wordt geleverd en/of het verblijf langer duurt dan er gezien de toestand van de patiënt geïndiceerd is (ondoelmatig/niet gepast).

Controle instrumenten

Het risico zal worden onderzocht middels een algehele analyse en/of een top down analyse. Indien hieruit afwijkingen blijken, zal hiervoor een verklaring opgevraagd worden bij de zorgaanbieder. Indien verder onderzoek nodig is, zal dossieronderzoek plaatsvinden, waarbij de medisch adviseur zal toetsen of aan de criteria van de gedeclareerde deelprestatie verblijf is voldaan.

Controle onderwerp

5. Screening niet-gecontracteerden

Naar aanleiding van signalen uit de media van ondoelmatige/niet verzekerde zorg in het kader van de Zvw worden nota's van niet gecontracteerde zorgverleners/zorgaanbieders vooraf gescreend bij de declaratieverwerking. Hieruit voortvloeiende signalen worden getoetst aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Controle instrumenten

Signalen worden onderzocht. Hierbij wordt, indien mogelijk, vooraf getoetst of er sprake is van verzekerde zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en of aan alle voorschriften wordt voldaan. Op basis van o.a. de volgende informatie zal hiervan een beeld worden gevormd:

- nota;
- internet/website zorgaanbieder;
- telefonische enquêtes met verzekerden;

- hoor en wederhoor met de zorgaanbieder;
- eventueel dossieronderzoek.

Controle onderwerp

6. Anonieme DBC's

Declaraties mogen geanonimiseerd worden aangeleverd als de verzekerde dit aangeeft. Hierdoor zijn een aantal systeemcontroles, zoals de controle op het juiste tarief, niet mogelijk. Als dit op grote schaal voorkomt, wordt hierop extra risico gelopen. De omvang van de anonieme declaraties zal bepalend zijn voor een eventuele controle.

Controle instrumenten

Periodiek zal dit risico gemonitord worden. Indien er voldoende massa is om gecontroleerd te worden, zal middels een analyse beoordeeld worden of en hoe de controle hierop zal plaatsvinden.

Controle onderwerp

7. Top down analyse GGGZ

Er zal een top down analyse worden uitgevoerd op de ingediende declaraties van de gespecialiseerde GGZ i.c.m. het meest recente landelijke praktijkvariatiereport om mogelijke ondoelmatigheid, ongepast gebruik en/of het voldoen aan de stand van de wetenschap te signaleren.

Controle instrumenten

Eventuele afwijkingen worden besproken met de zorgaanbieder. Indien hierna onvoldoende zekerheid bestaat over de doelmatigheid en/of het gepast gebruik en/of het voldoen aan de stand van de wetenschap van de gedeclareerde zorg, zal deze zekerheid worden verkregen middels dossieronderzoek.

Controle onderwerp

8. Top down analyse BGGZ

Er zal een top down analyse worden uitgevoerd op de ingediende declaraties van de Basis GGZ om mogelijke ondoelmatigheid, ongepast gebruik en/of het voldoen aan de stand van de wetenschap te signaleren.

Controle instrumenten

Eventuele afwijkingen worden besproken met de zorgaanbieder. Indien hierna onvoldoende zekerheid bestaat over de doelmatigheid en/of het gepast gebruik en/of het voldoen aan de stand van de wetenschap van de gedeclareerde zorg, zal deze zekerheid worden verkregen middels dossieronderzoek.

2.12 Wijkverpleging

Controle onderwerpen

In de risicomatrix Wijkverpleging ZIN is aangegeven dat de volgende risico's onderdeel (kunnen) gaan uitmaken van de materiële controle:

- Gedeclareerd aantal uren Zorg op afstand is niet geleverd;
- Declaratie en levering wijkgericht werken komt niet overeen met goedgekeurd plan van aanpak;
- Declaratie en levering van zorg komt niet overeen met het vooraf opgestelde zorgarrangement;
- Het zorgarrangement is niet opgesteld door een daartoe bevoegd persoon;
- De geleverde zorgactiviteiten voldoen niet aan de doelen en omschrijvingen als beschreven in de beleidsregel (AIV/'speciaal' gedeclareerd terwijl 'basis' geleverd?/VP gedeclareerd terwijl PV geleverd?);
- Levering wijkverpleging aan cliënten jonger dan 18 jaar (Intensieve Kindzorg: daadwerkelijk gemaakte kosten m.u.v. vervoer);
- Declaraties functie 1008 Indicatiestelling PGB;
- Levering door bevoegde functies;

- Verhoging gedeclareerd aantal uren bij indiening door ongecontracteerde aanbieder met akte van cessie;
- Overige risico's die gedurende het controlejaar worden herkend a.g.v. signalen.

In de risicomatrix Wijkverpleging PGB is aangegeven dat de volgende risico's onderdeel *kunnen* gaan uitmaken van de materiële/intensieve controle. Daadwerkelijke controle is afhankelijk van risico-inschatting in het ketenplatform Wijkverpleging PGB:

- Wijkverpleging ingezet t.b.v. MSVT (Medische Specialistische Verpleging Thuis);
- Dubbele declaraties indicatiestelling (standaard in ZIN gedeclareerd, maar ook in PGB?);
- Overeenstemming declaraties met overeenkomsten;
- Samenloop PGB met verblijf in instelling.

De materiële/intensieve controles PGB worden uitgevoerd door de PGB-afdeling o.b.v. een risicoanalyse waarin beschreven staat welke PGB declaraties we risicovol achten. Deze risicoanalyse sluit, daar waar mogelijk, aan bij de oude risicoanalyse zoals deze van toepassing was binnen de PGB AWBZ.

Risk & Control voert reviews uit op de uitgevoerde controles.

Controle instrumenten

Bovenstaande risico's worden onderzocht middels een algehele analyse. De controleopzet en inzet van instrumenten zal in overleg met de medisch adviseur plaatsvinden. Indien hieruit afwijkingen blijken, zal hiervoor een verklaring opgevraagd worden bij de zorgaanbieder. Indien verder onderzoek nodig is, zal dossieronderzoek plaatsvinden.