

Samenvattend rapport

Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013

Deel 2, onderdelen financiële
verantwoordingen, controle declaratiestromen
en Compensatie Eigen Risico

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	15
1.1 Doelstelling rapport	15
1.2 Toezichtskader	15
1.3 Object van onderzoek	16
1.4 Openbaarmaking performance indicatoren	17
1.5 Maatregelen NZa	17
1.6 Effecten van toezicht	18
1.7 Volmachten	18
1.8 Vooruitblik	18
1.9 Leeswijzer	19
2. Prestatiemeting Zvw 2013	21
2.1 Uitkomsten	21
2.2 Belangrijkste conclusies	22
3. Materiële controles	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Bevindingen	25
3.3 Conclusie	28
4. Misbruik en oneigenlijk gebruik	31
4.1 Inleiding	31
4.2 Bevindingen	32
4.3 Conclusie	34
5. Gepast gebruik	37
5.1 Inleiding	37
5.2 Bevindingen	38
5.3 Conclusie	40
6. Formele controles	41
6.1 Inleiding	41
6.2 Bevindingen	41
6.3 Conclusies	43
7. Structurele maatregelen wanbetalers	45
7.1 Inleiding	45
7.2 Bevindingen	45
7.3 Conclusie	46
8. Financiële- en verzekerdenopgaven	47
8.1 Overzicht opgaven	47
8.2 Tijdigheid aanlevering	47
8.3 Landelijke onzekerheden	48
8.3.1 Toelichting op de landelijke onzekerheden	48
8.3.2 Huidige status landelijke onzekerheden	49
8.3.3 Oplossingsrichtingen landelijke onzekerheden	50
8.4 Bevindingen Jaarstaat A: kosten van prestaties	50
8.5 Opgaven verzekerden	52
8.6 Overige financiële verantwoordingen	53
8.6.1 Bevindingen opgave kosten per verzekerde 2011	53
8.6.2 Bevindingen opgave HKC 2011	53

8.6.3	Bevindingen opgave DBC-gegevens 2012 en opgave gegevens opbrengstverrekening 2012	54
8.6.4	Bevindingen opgave farmaciegegevens 2013	55
8.6.5	Bevindingen opgave hulpmiddelgegevens 2013	55
9.	Regeling Compensatie Eigen Risico	57
9.1	Inleiding	57
9.2	Bevindingen	57
9.2.1	Follow up bevindingen CER 2012	57
9.2.2	Bevindingen uitvoering CER 2013 door het CAK	58
9.2.3	Bevindingen rechtmatigheid CER uitkeringen 2013	58
9.3	Conclusie	58
10.	Nalevingstoezicht	61
10.1	Probleemgericht toezicht	61
10.2	Correct declareren MSZ	61
10.3	Correct declareren GGZ	62
10.4	Vooruitblik 2014	63
	Bijlage 1 Toetsingskaders performance indicatoren	65

Vooraf

Dit samenvattend rapport is het tweede deel van ons onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de Zvw. In dit rapport staan de juistheid van de door de zorgverzekeraars aangeleverde financiële verantwoordingen en de controle van de declaraties door de zorgverzekeraars centraal. Daarnaast is aandacht voor de uitvoering van de regeling Compensatie Eigen Risico (CER) door het Centraal Administratiekantoor (CAK). In oktober 2014 is het eerste deel van het samenvattend rapport uitgebracht. Dat ging vooral over de naleving van de zorgplicht, acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Voor het huidige onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat voor de controle van de declaraties door de zorgverzekeraars duidelijke verbeteringen zichtbaar zijn. Over een breed terrein scoren de zorgverzekeraars aanzienlijk beter dan bij het voorgaande onderzoek is geconstateerd. Vorig jaar was ruim de helft van het aantal oordelen op de terreinen materiële controle, gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik onvoldoende. Naar aanleiding hiervan had de NZa maatregelen getroffen, waaronder het opleggen van aanwijzingen. Wij constateren nu dat de oordelen vrijwel volledig naar voldoende zijn omgebogen. De zorgverzekeraars die vorig jaar onvoldoende scoorden, hebben zich zeer ingespannen om dit te bereiken. De trend die hiermee is ingezet vindt de NZa positief.

Hierbij tekent de NZa aan dat door de bestuurlijke afspraken in het kader van 'Aanpak verantwoordingen en jaarrekeningen medisch specialistische zorg', de aanvullende omzetonderzoeken voor 2012 en 2013 door de ziekenhuizen in beginsel vervangend zijn voor de uitvoering van de materiële controles door de individuele zorgverzekeraars¹. Ook is er weliswaar voldoende gescoord op de performance indicatoren materiële controle, gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik, maar dat wil nog niet zeggen dat de uitvoering niet verder verbeterd kan worden. Er zijn nog zeker slagen te maken, onder andere op het gebied van tijdige uitvoering van controles en de verdere uitrol van datamining². Ook het NZa-rapport 'Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg' van november 2014 biedt aanknopingspunten om de fraudebeheersing en het tegen gaan van incorrecte declaraties verder aan te scherpen.

Door de constatering van landelijke onzekerheden³ voor onder andere de MSZ en de GGZ zijn er voor diverse financiële verantwoordingen voor de risicoverevening niet-goedkeurende accountantsproducten opgeleverd. Van belang is dat deze onzekerheden worden afgewikkeld, zodat het Zorginstituut de bijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds kan vaststellen. Hiervoor zijn nadere afspraken tussen veldpartijen voor de MSZ en GGZ gemaakt. De gevolgen hiervan voor de uitvraag van de financiële

¹ Zorgverzekeraars zijn betrokken bij de totstandkoming van het normenkaders/werkprogramma voor het aanvullend omzetonderzoek en bij de beoordeling van de uitkomsten via een zogenaamde expertgroep.

² Het analyseren van declaratiebestanden met daarvoor ontwikkelde tools om onregelmatigheden te detecteren (en vervolgens hierop actie te nemen). Bij datamining gaat het niet alleen om het analyseren van bekende patronen, maar ook het op zoek gaan naar onbekende patronen, de zogenaamde blanco detectie.

³ Er zijn door de accountants van de zorgverzekeraars generieke, voor alle zorgverzekeraars geldende, onzekerheden geconstateerd in de medisch specialistische zorg (MSZ), in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ), in de materiële controle en in de werking van de DOT controle module, zie verder paragraaf 8.3.

verantwoordingen in 2015 worden afgestemd tussen het Zorginstituut, het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, externe accountants en de NZa.

De NZa was naar aanleiding van het onderzoek Zvw 2011 een boete-onderzoek gestart bij vijf zorgverzekeraars⁴ wegens onjuistheden in de financiële verantwoordingen. Voor de fouten in de financiële verantwoording over het jaar 2011 heeft de NZa in maart 2014 de betreffende zorgverzekeraars een boete opgelegd van in totaal € 3,6 mln. De onjuistheden betroffen rubriceringsfouten die zowel financiële voordelen als financiële nadelen opleverden voor de zorgverzekeraars.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys MBA
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

⁴ Betreft vijf zorgverzekeraars binnen het Achmea concern, Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V., Interpolis Zorgverzekeringen N.V., OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V., Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V., Agis Zorgverzekeringen N.V.

Managementsamenvatting

Inleiding

Dit samenvattend rapport is het tweede deel van ons onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de Zvw. In dit rapport staan de juistheid van de door de zorgverzekeraars aangeleverde financiële verantwoordingen en de controle van de declaraties door de zorgverzekeraars centraal. Daarnaast is aandacht voor de uitvoering van de CER door het CAK.

In oktober 2014 is het eerste deel van het samenvattend rapport⁵ uitgebracht. Dat ging vooral over de naleving van de publieke randvoorwaarden zorgplicht, acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Prestatiemeting

De NZa heeft voor de volgende vijf performance indicatoren de prestaties per zorgverzekeraar gemeten en beoordeeld:

- de uitvoering van de materiële controles (mc);
- de beheersingsmaatregelen voor het tegengaan van zorgfraude (misbruik en oneigenlijk gebruik (m&o)) door zorgverzekeraars;
- de beheersingsmaatregelen voor het tegengaan van ongepast gebruik van zorg (gepast gebruik (gg));
- geen herzieningen in financiële opgaven;
- geen herzieningen in opgaven verzekerdenstanden.

De NZa heeft mede vanuit haar prioritering over belangrijke zaken en problemen in de sector invulling gegeven aan de selectie van de performance indicatoren. Alleen zorg die aan de wettelijke eisen voldoet valt onder de dekking van de Zvw en alleen de kosten van die zorg worden verevend via de risicoverevening. De gebruikte indicatoren voor materiële controles, m&o en gepast gebruik richten zich op de naleving van deze eisen.

Onderstaand zijn de oordelen van de NZa opgenomen over de uitkomsten van de prestatiemeting.

⁵ Samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013, Onderdelen acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht, NZa, oktober 2014.

Tabel 1. Performance-indicatoren Zvw 2013

	MC	M&O	GG	Geen herziening opgaven financieel	Geen herziening opgaven verzekerden
Achmea	V	V	V	X ⁶	✓
ASR	V	V	V	✓	✓
CZ	V	V	V	✓	✓
Coöperatie VGZ	V	V	V	✓	✓
De Friesland	V	V	V	✓	✓
DSW	V	V	V	✓	✓
Eno	V	V	O ⁷	✓	✓
FBTO	V	V	V	✓	✓
Menzis	V	V	V	✓	✓
ONVZ	V	V	V	X ⁸	✓
Zorg en Zekerheid	V	V	V	✓	✓

Bron: NZa

Toelichting bij de tabel:

- V=Voldoende, O=Onvoldoende, ✓=geen herziening nodig, X=herziening nodig
- In 2013 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 2013 zijn:

Tabel 2. Belangrijkste conclusies

	Conclusie
1.	Voor het huidige onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat voor de controle van de declaraties door de zorgverzekeraars duidelijke verbeteringen zichtbaar zijn. Over een breed terrein scoren de zorgverzekeraars aanzienlijk beter dan bij het voorgaande onderzoek is geconstateerd. Vorig jaar was ruim de helft van het aantal oordelen op de terreinen materiële controle, gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik onvoldoende. Naar aanleiding hiervan had de NZa maatregelen getroffen, waaronder het opleggen van aanwijzingen. Wij constateren nu dat de oordelen vrijwel volledig naar voldoende zijn omgebogen (32 van de 33 oordelen zijn voldoende). De effecten van de door meerdere zorgverzekeraars in 2012 en/of 2013 ingezette verbetertrajecten hebben geleid tot duidelijke verbeteringen. De trend die hiermee is ingezet vindt de NZa positief.

⁶ Voor Achmea betreft het voor 5 zorgverzekeraars een herziening van één van de zeven op te leveren financiële verantwoordingen. Inmiddels heeft Achmea herzieningen opgeleverd welke voldoen.

⁷ Eno is een verbetertraject gestart. Afronding van een groot deel van de benoemde acties heeft eind 2014 plaatsgevonden.

⁸ Voor ONVZ betreft het één van de zeven op te leveren financiële verantwoordingen. ONVZ heeft –voorafgaande aan het onderzoek- een nieuwe opgave verstrekt, nadat het Zorginstituut had signaleerd dat het aangeleverde bestand mogelijk niet volledig was. Deze nieuwe opgave is meegenomen in het onderzoek en is juist bevonden.

Conclusie	
2.	Hierbij tekent de NZa aan dat door de bestuurlijke afspraken in het kader van 'Aanpak verantwoordingen en jaarrekeningen medisch specialistische zorg', de aanvullende omzetonderzoeken voor 2012 en 2013 door de ziekenhuizen in beginsel vervangend ⁹ zijn voor de uitvoering van de materiële controles door de zorgverzekeraars. Ook is er weliswaar voldoende gescoord op de performance indicatoren materiële controle, gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik, maar dat wil nog niet zeggen dat de uitvoering niet verder verbeterd kan worden. Er zijn nog zeker slagen te maken, onder andere op het gebied van tijdige uitvoering van controles en de verdere uitrol van datamining. Ook het NZa-rapport "Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg" van november 2014 biedt aanknopingspunten om de fraudebeheersing en het tegen gaan van incorrecte declaraties verder aan te scherpen.
3.	De verbeteringen die zichtbaar zijn leiden tot een duidelijk stijging in zowel de resultaten van controles als in de uitkomsten van fraudeonderzoeken. Zo geeft Zorgverzekeraars Nederland aan dat over 2013 een besparing op de kosten van prestaties is gerealiseerd van € 356 mln. (2012: € 214 mln.) door intensivering van controle-inspanningen en fraudebestrijding.
4.	Voor de aanleveringen in 2014 (over 2013, 2012 en 2011) is een beperkt aantal herzieningen in de financiële opgaven nodig geweest. Daarnaast hebben geen herzieningen in de verzekerden opgaven hoeven plaatsvinden. Hierbij wordt wel als kanttekening geplaatst dat door landelijke onzekerheden bij een deel van de opgaven geen goedkeurende accountantsproducten zijn verstrekt. Zie verder hoofdstuk 8.

Bron: NZa

Best practice

De zorgverzekeraars DSW en Zorg en Zekerheid komen in totaliteit op basis van de behaalde percentages van de maximale scores het beste uit de prestatiemeting.

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	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

Bron: NZa

Alle zorgverzekeraars voeren het proces materiële controle voldoende uit.

⁹ De NZa heeft aangegeven dat als het aanvullend omzetonderzoek de benoemde controlepunten meeneemt, het onderzoek op toereikende wijze is uitgevoerd en de instelling de NZa informeert over de uitkomsten van het onderzoek, zorgaanbieders en zorgverzekeraars er vanuit mogen gaan dat dit voor de NZa ook voldoende is. De afspraken laten onverlet dat indien er aanwijzingen voor fraude of overtredingen zijn de NZa en het Openbaar Ministerie hun bevoegdheden op het gebied van toezicht en strafrechtelijke vervolging kunnen toepassen.

De NZa constateert dat de zorgverzekeraars de uitvoering van de materiële controles in 2013 op een beduidend hoger niveau hebben gebracht dan in 2012. Dit mede naar aanleiding van de door de NZa gesignaleerde verbeterpunten en opgelegde maatregelen, waaronder aanwijzingen. De NZa vindt deze tendens positief. De NZa signaleert nog verbeterpunten om het niveau van de uitvoering van materiële controles verder te verbeteren. Dat kunnen zij doen door de materiële controles tijdig uit te voeren en meer te dynamiseren, een betere afwikkeling van ontvangen en gegenereerde signalen/meldingen en stringentere vervolgcacties. De zorgverzekeraars hebben geïnvesteerd in de uitbreiding van capaciteit. Dit blijft een punt om in de gaten te blijven houden, in relatie tot de tijdigheid van de uitvoering.

De zorgverzekeraars hebben afgelopen perioden veelal geïnvesteerd in de uitrol van datamining en zijn hier in meer of mindere mate actief mee. Veelal hebben zorgverzekeraars datamining toegepast op een aantal verstrekking soorten. Hier zal nog verdere invulling aan gegeven moeten worden onder meer door een bredere uitrol over meerdere verstrekking soorten.

Ook is van belang dat zorgverzekeraars nog beter gaan samenwerken in de opzet en uitvoering van materiële controles, voor zover dit binnen de grenzen van de Mededingingswet blijft. De NZa is van mening is dat samenwerking de effectiviteit van controles ten goede komt.

In het NZa-rapport 'Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg' van november 2014 hebben wij het volgende aangegeven: "Daarnaast staan privacy en controle op gespannen voet met elkaar. Privacy is een groot goed. Het medisch beroepsgeheim en privacy mogen niet ter discussie staan. Tegelijkertijd is soms inzicht in persoonlijke gegevens nodig om te bepalen of een declaratie correct is. Binnen dit soort dilemma's zal het ministerie een heldere keuze moeten maken en de consequenties ervan voor de verschillende beleidsdoelen moeten aanvaarden."

Misbruik en oneigenlijk gebruik / fraudebestrijding

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	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

Bron: NZa

Alle zorgverzekeraars voeren het proces misbruik en oneigenlijk gebruik (ook wel genoemd fraudebestrijding) voldoende uit.

De NZa constateert dat de zorgverzekeraars de uitvoering van het proces van fraudebestrijding in 2013 op een hoger niveau hebben gebracht ten opzichte van 2012. Dit mede naar aanleiding van de door de NZa opgelegde maatregelen, waaronder aanwijzingen, alsmede door het positieve effect dat uitgaat van de monitor en audit op grond van het protocol Verzekeraars en Criminaliteit.

De zorgverzekeraars hebben in 2013 extra aandacht gegeven aan de organisatie, onder meer het uitbreiden van capaciteit, de aanpak en uitvoering van de fraudeonderzoeken. De NZa vindt dit positief.

Verdere aandacht voor verbetering blijft geboden, de uitkomsten uit het onderzoek van de NZa laten zien dat vooral in de analyse van declaratiebestanden en in de prioritering en onderzoek naar fraudesignalen nog belangrijke verbeteringen noodzakelijk zijn. Hierbij moeten de zorgverzekeraars oog blijven houden voor de benodigde capaciteit voor fraudeonderzoek. Ook het NZa-rapport "Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg" van november 2014 biedt aanknopingspunten om de fraudebeheersing en het tegen gaan van incorrecte declaraties verder aan te scherpen.

Gepast gebruik

Tabel 5. Performance indicator gepast gebruik

Gepast gebruik	Totaal aantal zorgverzekeraars	Achmea	ASR	CZ	De Friesland	DSW	Eno	FBITO	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	V	V	V	V	V	O	V	V	V	V	V

Bron: NZa

Uit de prestatie­meting 2013 blijkt dat bijna alle zorgverzekeraars zich voldoende hebben ingespannen op het gebied van gepast gebruik. De meeste zorgverzekeraars hebben de uitvoering van het proces op een hoger niveau gebracht. De verbeterpunten betreffen vooral nog het tijdig uitvoeren en afronden van controles, verdere uitrol van tools voor datamining en statistische analyse naar meerdere zorgsoorten. Daarnaast het controleren en handhaven van contractuele afspraken met zorgaanbieders.

Formele controles

Naar aanleiding van het onderzoek in 2012 heeft de NZa bij meerdere zorgverzekeraars diverse maatregelen opgelegd en verbeterpunten aangegeven. De zorgverzekeraars hebben deze verbeterpunten in 2013 grotendeels in voldoende mate afgewikkeld. Een belangrijk aandachtspunt betreft het aantonen van de betrouwbare en continue werking van de geprogrammeerde controles in het geautomatiseerde systeem.

Proces wanbetalers

Het beeld is dat de uitvoering van het proces door zorgverzekeraars is verbeterd ten opzichte van het voorgaand jaar. Bij de meeste zorgverzekeraars heeft de NZa op basis van vooral kennisname van de verantwoordingsinformatie geen tekortkomingen geconstateerd. Na het onderzoek heeft de NZa een aantal signalen ontvangen over verschillen en mogelijke tekortkomingen in de uitvoering van de structurele maatregelen wanbetalers door zorgverzekeraars. De NZa betreft deze signalen bij het komende onderzoek.

Financiële verantwoordingen

De NZa geeft een bestuurlijk oordeel over de juistheid van de financiële opgaven¹⁰ en verzekerden opgaven, welke de zorgverzekeraars voor het onderzoek Zvw 2013 aan de NZa hebben verstrekt. Het Zorginstituut Nederland gebruikt dit oordeel voor zijn financieel verslag over het Zorgverzekeringsfonds en bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen voor de zorgverzekeraars.

Voor alle zorgverzekeraars zijn bij de opgaven 2011 accountantsproducten met beperking en bij bepaalde opgaven 2012/2013 accountantsproducten met oordeelonthouding afgegeven. De onderbouwing hiervoor in de bestuursverklaringen en accountantsproducten is grofweg in vier categorieën in te delen, namelijk onzekerheden in de medisch specialistische zorg (MSZ), in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ), in de materiële controle en in de werking van de DOT controle module. Zie paragraaf 8.3.1. voor een nadere toelichting.

Door de landelijke onzekerheden heeft de NZa voorbehouden opgenomen in haar oordeel voor de opgaven Jaarstaat ZVW 2013, HKC 2011, kosten per verzekerde 2011, DBC-gegevens 2012 en Opbrengstverrekening 2012.

In overleg met VWS, accountants, Zorginstituut en ZN wordt bekeken hoe de onzekerheden kunnen worden weggenomen. Hierbij worden onder andere de afspraken rondom c.q. de uitkomsten van de aanvullende omzetonderzoeken MSZ en cGGZ betrokken. Wij zullen de landelijke onzekerheden blijven volgen tot deze zijn afgewikkeld.

Voor de opgaven farmaciegegevens 2013, verzekerde periode en persoonskenmerken 2013, persoonskenmerken 2014 en hulpmiddelen 2013 zijn goedkeurende verklaringen verstrekt. Deze opgaven zijn, met inachtneming van een nauwkeurigheidstolerantie van 3%, juist.

CER

De NZa concludeert dat het CAK de werkzaamheden voor de CER in 2013 toereikend heeft uitgevoerd. De NZa maakt hierbij een voorbehoud, omdat de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2013 nog niet zijn afgerond. Hierdoor maakt de NZa ook een voorbehoud voor de rechtmatigheid van de in 2013 uitbetaalde CER-uitkeringen. De NZa rapporteert in een later stadium aan het Zorginstituut en de minister van VWS over haar oordeel over de rechtmatigheid van de in 2013 betaalde CER-uitkeringen.

Maatregelen NZa

De NZa kan maatregelen treffen bij geconstateerde overtredingen. Dit is uitgewerkt in het Handhavingsplan NZa (maart 2012).

Voor het verantwoordingsjaar 2013 heeft de NZa niet handhavend opgetreden richting de zorgverzekeraars:

- De verantwoordingen zijn in 2014 tijdig aangeleverd. Hiervoor heeft de NZa haar handhavingsinstrumenten niet hoeven in te zetten. Dit is een trendbreuk met het verleden.
- De NZa heeft naar aanleiding van de onderzoeken Zvw 2011 en 2012 op grote schaal haar handhavingsinstrumenten ingezet, waaronder het opleggen van aanwijzingen. Dit heeft er mede toe geleid dat de uitvoering over 2013 aanzienlijk is verbeterd.

¹⁰ Het betreft specifieke financiële verantwoordingen die in het kader van de risicoverevening worden gebruikt. Hier valt bijvoorbeeld niet de jaarrekening van de zorgverzekeraar onder. Zie paragraaf 1.3 voor een detaillering.

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 formele en materiële controles, gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik. Ook heeft de NZa de kwaliteit van de aangeleverde verantwoordingen op onderdelen verdiepend onderzocht. De NZa heeft meerdere maatregelen, waaronder het opleggen van aanwijzingen, getroffen. Mede naar aanleiding hiervan hebben de zorgverzekeraars diverse verbetermaatregelen getroffen. De uitvoering is hierdoor over 2013 aanmerkelijk verbeterd.

Vooruitblik uitvoeringstoezicht

De aanzienlijke verbeteringen in de processen voor de controle op de declaratiestromen en de positieve trend in resultaten uit het Onderzoek Zvw 2013 bieden de ruimte voor een meer principle based invulling van het toezicht. Ervan uitgaande dat er een positieve uitkomst blijft in de resultaten van het onderzoek in komende jaren, wil de NZa met veldpartijen invulling geven aan een meer principle based uitwerking van de voorschriften.

Nalevingstoezicht correct declareren

In 2013 heeft de NZa haar toezicht op correct declareren binnen de Zvw gericht op twee zorgsectoren, te weten medisch-specialistische zorg (MSZ) en curatieve GGZ.

MSZ

In 2013 heeft de NZa veel signalen en meldingen ontvangen over mogelijk niet correct declareren in de MSZ. Een deel van deze signalen heeft de NZa teruggedragen bij ziekenhuizen en, waar relevant, bij zorgverzekeraars, voor nader onderzoek. 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.

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. Tijdens het onderzoek bij het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein is op meerdere onderzoekstrajecten vastgesteld dat het ziekenhuis niet conform wet- en regelgeving heeft gedeclareerd. De uitkomsten van dat onderzoek zijn begin 2014 gepubliceerd. Het onderzoek heeft geleid tot constatering van in totaal € 24,6 mln. aan niet correcte declaraties en een boete van € 2,5 mln. aan het Antonius ziekenhuis. Het Antonius ziekenhuis heeft toegezegd het bedrag ad € 24,6 mln. terug te zullen betalen aan de zorgverzekeraars. Inmiddels heeft het ziekenhuis de afwikkeling voor het merendeel gerealiseerd.

De acties die de NZa in 2013 en 2014 heeft uitgevoerd, hebben er mede toe geleid dat ziekenhuizen en zbc's in 2014 een aanvullend omzetonderzoek naar de juistheid van hun declaraties over 2012 en 2013 hebben uitgevoerd. Zie verder paragraaf 8.3.2.

GGZ

Voor de GGZ heeft de NZa in 2013 drie formele handhavingsmaatregelen genomen. De maatregelen zijn gepubliceerd op de website van de NZa. In 2014 is tevens een nieuw toezichtonderzoek uitgevoerd. Dit

onderzoek loopt nog. Vier zorgverzekeraars zijn aangespoord om signalen beter te onderzoeken en waar nodig maatregelen te nemen.

Naar aanleiding van de bevindingen uit het toezichtonderzoek en de hieruit volgende handhavingsmaatregelen heeft de NZa haar regelgeving op een aantal punten aangepast (afbakening hoofdbehandelaarschap, transparantie factuur, zorg buiten het basispakket, registratieregels). Ook buiten de reikwijdte van de NZa is de regelgeving verbeterd (afbakening basispakket, aanscherping screening zorgaanbieders).

In 2013 en 2014 is de samenwerking met de ketenpartners geïntensiveerd en daarmee de pakkans verhoogd. Zo is het OM strafrechtelijke onderzoeken gestart, heeft het UWV uitkeringsfraude onderzocht en heeft het IGZ signalen over betrokken medici onderzocht.

Vooruitblik

In 2014 en 2015 heeft de NZa diverse projecten correct declareren opgepakt in andere sectoren.

1. Inleiding

1.1 Doelstelling rapport

Met dit samenvattend rapport, deel 2 informeert de NZa de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) over de uitkomsten van het onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) 2013. Het rapport gaat in op:

- de prestatiemeting die de NZa in 2013 voor het tweede jaar voor de Zvw heeft toegepast. Deze gaat in op vijf performance-indicatoren en is nader toegelicht in paragraaf 1.4 en in hoofdstuk 2;
- 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 Zorginstituut 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 in oktober 2014 een afzonderlijk samenvattend rapport¹¹ uitgebracht.

1.2 Toezichtskader

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

De NZa stelt jaarlijks rapporten op met de bevindingen van het onderzoek per individuele zorgverzekeraar. Over 2013 heeft de NZa 11 rapporten opgesteld over 27¹² zorgverzekeraars:

- Achmea: Agis, Avéro, Interpolis, OZF, Zilveren Kruis;
- ASR;
- Coöperatie VGZ: Cares, IZA, IZZ, Trias¹³, UMC, Univé, VGZ;
- CZ: CZ, Delta Lloyd, Ohra Ziektekostenverzekeringen, Ohra Zorgverzekeringen;
- De Friesland¹⁴;
- DSW: DSW, Stad Holland;

¹¹ Samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013, Onderdelen acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht, NZa, oktober 2014.

¹² Voor de prestatiemeting (zie paragraaf 1.4) gaat de NZa uit van 26 zorgverzekeraars. Dit is exclusief Trias, zie onderstaande voetnoot.

¹³ Trias is in 2011 juridisch gefuseerd met VGZ. Trias heeft nog een aantal opgaven zelfstandig gerapporteerd, maar is niet betrokken in de prestatiemeting;

¹⁴ De Friesland is onderdeel van het concern Achmea.

- Eno;
- FBTO¹⁵;
- Menzis: AnderZorg, Azivo en Menzis;
- ONVZ;
- Zorg en Zekerheid.

De onderzoeksbevindingen en conclusies uit deze individuele rapporten zijn in samengevatte vorm verwerkt in dit openbare samenvattend rapport. De NZa heeft de individuele rapporten niet openbaar gemaakt.

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 regel¹⁶ 'Regeling administratie en controle zorgverzekeraars', NZa;
- Protocol vereveningsonderzoek Zvw met oplevering in 2014, NZa;
- Regeling structurele aanlevering gegevens Zvw, Zorginstituut;
- Handboek Zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet 2014, Zorginstituut Nederland.

1.3 Object van onderzoek

Het onderzoek is verricht naar de volgende verantwoordingen¹⁷:

- de jaarstaat Zvw 2013, onderdeel A;
- de opgave verzekerde periode en persoonskenmerken 2013;
- de opgave persoonskenmerken 2014;
- de opgave farmaciegegevens 2013;
- de opgave hulpmiddelen per verzekerde 2013;
- de opgave DBC gegevens 2012;
- de opgave gegevens 2012 voor de opbrengstverrekening;
- de opgave kosten per verzekerde (KPV) 2011;
- de opgave hoge kosten compensatie (HKC) 2011;
- jaarverslaggeving CAK 2013 (voor het onderdeel CER).

De hierbij behorende accountantsproducten zijn:

- controleverklaring bij de jaarstaat, onderdeel A;
- assurance-rapporten bij de overige financiële- en verzekerdenopgaven;
- rapport van feitelijke bevindingen inzake de steekproef CER.

Naast de bovengenoemde verantwoordingen heeft de NZa in het onderzoek gekeken naar de controle op de declaratiestromen en daarbij de processen materiële controle, gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik beoordeeld in het kader van de prestatiemeting. Daarnaast is onderzoek verricht naar de processen formele controle en het proces structurele maatregelen wanbetalers.

¹⁵ FBTO is onderdeel van het concern Achmea.

¹⁶ In werking getreden op 1 januari 2013.

¹⁷ De NZa heeft in haar toezicht geen rol op het gebied van de jaarrekeningen van zorgverzekeraars.

1.4 Openbaarmaking performance indicatoren

Voor de volgende vijf performance indicatoren zijn de prestaties per zorgverzekeraar gemeten en wordt de uitkomst openbaar gemaakt in dit rapport:

- de uitvoering van de materiële controle;
- de beheersingsmaatregelen voor het tegengaan van ongepast gebruik van zorg (gepast gebruik);
- de beheersingsmaatregelen voor het tegengaan van zorgfraude (misbruik en oneigenlijk gebruik) door zorgverzekeraars;
- geen herzieningen in financiële opgaven;
- geen herzieningen in verzekerdenopgaven.

Bovenstaande indicatoren zijn ongewijzigd ten opzichte van 2012. 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 dezelfde als die in 2012 zijn gehanteerd. De normenkaders zijn in bijlage 1 opgenomen. De uitkomsten van de prestatiemeting zijn opgenomen in hoofdstuk 2 van dit rapport. De NZA heeft mede vanuit haar prioritering over belangrijke zaken en problemen in de sector invulling aan de beoordeling van de performance indicatoren gegeven.

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 kosten van bepaalde zorg en voor bepaalde kenmerken van verzekerden gecompenseerd via een bijdrage uit de verevening. Deze bijdrage wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds en betreft 'collectief geld'. Alleen zorg die aan de wettelijke eisen van de Zvw voldoet is verzekerd conform deze wet en wordt verevend. Er 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 er zijn materiële eisen (is de zorg geleverd en is de zorg redelijkerwijs aangewezen).

Alleen kosten van zorg 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 er sprake van fraude.

1.5 Maatregelen NZa

De NZa kan maatregelen treffen bij geconstateerde overtredingen. Dit is uitgewerkt in de beleidsregel 'Handhaving' van de NZa.

Voor het verantwoordingsjaar 2013 heeft de NZa niet handhavend opgetreden richting de zorgverzekeraars:

- De verantwoordingen zijn in 2014 tijdig aangeleverd. Hiervoor heeft de NZa haar handhavingsinstrumenten niet hoeven in te zetten. Dit is een trendbreuk met het verleden.
- De NZa heeft naar aanleiding van de onderzoeken Zvw 2011 en 2012 op grote schaal haar handhavingsinstrumenten ingezet, waaronder

het opleggen van aanwijzingen. Dit heeft er mede toe geleid dat de uitvoering over 2013 aanzienlijk is verbeterd.

De NZa was naar aanleiding van het onderzoek Zvw 2011 een boete-onderzoek gestart bij vijf zorgverzekeraars¹⁸ wegens onjuistheden in de financiële verantwoordingen. Voor de fouten in de financiële verantwoording over het jaar 2011 heeft de NZa in maart 2014 de zorgverzekeraars een boete opgelegd van in totaal € 3,6 mln. De onjuistheden betroffen rubriceringsfouten die zowel financiële voordelen als financiële nadelen opleverden voor de zorgverzekeraars. De NZa heeft geen opzet en/of winstbejag geconstateerd.

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. De NZa heeft meerdere maatregelen, waaronder het opleggen van aanwijzingen, getroffen. Mede naar aanleiding hiervan hebben de zorgverzekeraars diverse verbetermaatregelen getroffen. De uitvoering voor de processen materiële controle, gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik is hierdoor over 2013 aanmerkelijk verbeterd.

1.7 Volmachten

Een aantal zorgverzekeraars heeft werkzaamheden uitbesteed aan zogenaamde volmachten. Het betreft de volmachten Aevitae B.V., IAK Verzekeringen B.V., Caresco-Nedasco B.V. en Turien & Co Assuradeuren B.V. De volmachtgevers hebben gezamenlijk in 2013 audits op een aantal kernprocessen van genoemde volmachten uitgevoerd. De gezamenlijke zorgverzekeraars hebben aanbevelingen gedaan aan de volmachten. De NZa vindt dat de zorgverzekeraars de opvolging hiervan moeten monitoren.

1.8 Vooruitblik

In de toekomst wil de NZa samen met zorgverzekeraars en hun accountants verder werken aan meer principle based toezicht: dus minder detail in de voorschriften. De aanzienlijke verbeteringen in de processen voor de controle op de declaratiestromen en de positieve trend in resultaten uit het Onderzoek Zvw 2013 bieden hier de ruimte voor. Ook de pilots van zorgverzekeraars en zorgaanbieders op het gebied van horizontaal toezicht¹⁹ zijn positief, omdat die kunnen bijdragen aan correct declareren en minder onjuiste declaraties. De NZa wil de komende jaren samen met veldpartijen verder werken aan de invulling van meer principle based voorschriften. Hierbij gaat de NZa

¹⁸ Betreft vijf zorgverzekeraars binnen het Achmea concern, Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V., Interpolis Zorgverzekeringen N.V., OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V., Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V., Agis Zorgverzekeringen N.V.

¹⁹ Deels verleggen van de verantwoordelijkheden en controlewerkzaamheden naar eerder in de keten. Bijvoorbeeld het aantoonbaar controleren van de correctheid van declaraties door de zorginstelling, waardoor de zorgverzekeraar zijn intensiteit van de materiële controles vermindert.

ervan uit dat de resultaten uit het onderzoek 2014 daar ook de ruimte voor zullen bieden.

Als pilot voor het Protocol, met oplevering in 2015 zijn de aandachtspunten in de controle voor de 'farmaciegegevens 2014' en het 'bestand hulpmiddelgegevens 2014' principle-based opgesteld.

In de brief van 18 december 2014 bij het Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw 2015 heeft de NZa het volgende aangegeven: "De NZa zet in op een meer principle based uitwerking van de normenkaders voor formele controle, materiele controle, gepast gebruik en fraude. Dit zal in beginsel ook leiden tot een meer principle based verantwoording over deze onderwerpen in het uitvoeringsverslag Zvw. De hiervoor genoemde normenkaders worden opgenomen in de Nadere Regeling controle en administratie zorgverzekeraars, die de NZa momenteel aan het actualiseren is. De NZa streeft ernaar om de geactualiseerde Nadere Regeling zo spoedig mogelijk in het eerste kwartaal van 2015 te publiceren."

1.9 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geeft de NZa de uitkomsten van 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 2013

2.1 Uitkomsten

De NZa heeft over 2013 voor het tweede jaar een prestatiemeting voor de Zvw uitgevoerd. De indicatoren waarop de prestatiemeting is gebaseerd zijn:

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

Onderstaande tabel vermeldt de uitkomsten.

Tabel 2.1. Performance-indicatoren Zvw 2013

	MC	M&O	GG	Geen herziening opgaven financieel	Geen herziening opgaven verzekerden
Achmea	V	V	V	X ²⁰	✓
ASR	V	V	V	✓	✓
CZ	V	V	V	✓	✓
Coöperatie VGZ	V	V	V	✓	✓
De Friesland	V	V	V	✓	✓
DSW	V	V	V	✓	✓
Eno	V	V	O ²¹	✓	✓
FBTO	V	V	V	✓	✓
Menzis	V	V	V	✓	✓
ONVZ	V	V	V	X ²²	✓
Zorg en Zekerheid	V	V	V	✓	✓

Bron: NZa

Toelichting op de tabel

Een 'V' staat voor voldoende en een 'O' voor onvoldoende uitvoering van een proces. Verschillende zorgverzekeraars hebben ten opzichte van het voorgaande jaar verbetertrajecten ingesteld voor de processen materiële controle, m&o en/of gepast gebruik.

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

In 2013 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).

²⁰ Voor Achmea betreft het voor 5 zorgverzekeraars binnen het concern een herziening van één van de zeven op te leveren financiële verantwoordingen. Inmiddels heeft Achmea herzieningen opgeleverd welke voldoen.

²¹ Eno is een verbetertraject gestart. Afronding van een groot deel van de benoemde acties heeft eind 2014 plaatsgevonden.

²² Voor ONVZ betreft het één van de zeven op te leveren financiële verantwoordingen. ONVZ heeft –voorafgaande aan het onderzoek– een nieuwe opgave verstrekt, nadat het Zorginstituut had gesignaleerd dat het aangeleverde bestand mogelijk niet volledig was. Deze nieuwe opgave is meegenomen in het onderzoek en is juist bevonden.

Zienswijze zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars zijn in de gelegenheid gesteld een zienswijze te geven over de publicatie van de performance indicatoren in dit samenvattend rapport. Dit heeft geen aanleiding gegeven om de performance indicatoren niet op te nemen.

Wij hebben een zienswijze ontvangen van zorgverzekeraar ONVZ. De zorgverzekeraar heeft bedenkingen geuit tegen de publicatie van de performance indicatoren van ONVZ en de toelichting daarop in het samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013, deel 2. De zienswijze van ONVZ is voor ons aanleiding geweest om in de publicatie een aanvullende toelichting op te nemen.

2.2 Belangrijkste conclusies

De belangrijkste conclusies uit de prestatiemeting 2013 zijn:

Tabel 2.2. Belangrijkste conclusies

	Conclusie
1.	Voor het huidige onderzoek heeft de NZa geconstateerd dat voor de controle van de declaraties door de zorgverzekeraars duidelijke verbeteringen zichtbaar zijn. Over een breed terrein scoren de zorgverzekeraars aanzienlijk beter dan bij het voorgaande onderzoek is geconstateerd. Vorig jaar was ruim de helft van het aantal oordelen op de terreinen materiële controle, gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik onvoldoende. Naar aanleiding hiervan had de NZa maatregelen getroffen, waaronder het opleggen van aanwijzingen. Wij constateren nu dat de oordelen vrijwel volledig naar voldoende zijn omgebogen (32 van de 33 oordelen zijn voldoende). De effecten van de door meerdere zorgverzekeraars in 2012 en/of 2013 ingezette verbetertrajecten hebben geleid tot duidelijke verbeteringen. De trend die hiermee is ingezet vindt de NZa zeer positief.
2.	Hierbij tekent de NZa aan dat door de bestuurlijke afspraken in het kader van 'Aanpak verantwoordingen en jaarrekeningen medisch specialistische zorg', de aanvullende omzetonderzoeken voor 2012 en 2013 door de ziekenhuizen in beginsel vervangend ²³ zijn voor de uitvoering van de materiële controles door de zorgverzekeraars. Ook is er weliswaar voldoende gescoord op de performance indicatoren materiële controle, gepast gebruik en misbruik en oneigenlijk gebruik, maar dat wil nog niet zeggen dat de uitvoering niet verder verbeterd kan worden. Er zijn nog zeker slagen te maken, onder andere op het gebied van tijdige uitvoering van controles en de verdere uitrol van datamining. Ook het NZa-rapport "Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg" van november 2014 biedt aanknopingspunten om de fraudebeheersing en het tegen gaan van incorrecte declaraties verder aan te scherpen.

²³ De NZa heeft aangegeven dat als het aanvullend omzetonderzoek de benoemde controlepunten meeneemt, het onderzoek op toereikende wijze is uitgevoerd en de instelling de NZa informeert over de uitkomsten van het onderzoek, zorgaanbieders en zorgverzekeraars er vanuit mogen gaan dat dit voor de NZa ook voldoende is. De afspraken laten onverlet dat indien er aanwijzingen voor fraude of overtredingen zijn de NZa en het Openbaar Ministerie hun bevoegdheden op het gebied van toezicht en strafrechtelijke vervolging kunnen toepassen.

	Conclusie
3.	De verbeteringen die zichtbaar zijn leiden tot een duidelijk stijging in zowel de resultaten van controles als in de uitkomsten van fraudeonderzoeken. Zo geeft Zorgverzekeraars Nederland aan dat over 2013 een besparing op de kosten van prestaties is gerealiseerd van € 356 mln. (2012: € 214 mln.) door intensivering van controle-inspanningen en fraudebestrijding.
4.	Voor de aanleveringen in 2014 (over 2013, 2012 en 2011) is een beperkt aantal herzieningen in de financiële opgaven nodig geweest. Daarnaast hebben geen herzieningen in de verzekerden opgaven hoeven plaatsvinden. Hierbij wordt wel als kanttekening geplaatst dat door landelijke onzekerheden bij een deel van de opgaven geen goedkeurende accountantsproducten zijn verstrekt. Zie verder hoofdstuk 8.

Bron: NZa

Best practice

De zorgverzekeraars DSW en Zorg en Zekerheid komen in totaliteit op basis van de behaalde percentages van de maximale scores het beste uit de prestatiemeting.

3. Materiële controles

3.1 Inleiding

Het proces van uitvoering van materiële controles is één van de performance-indicatoren van de prestatiemeting voor 2013.

Materiële controles richten zich op twee aspecten:

- of de gedeclareerde prestatie feitelijk is geleverd;
- of de gedeclareerde prestatie het meest was aangewezen²⁴ gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

In het Protocol onderzoek 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 risico georiënteerd 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 2013 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 acties (inlichtingen inwinnen, dossieronderzoek, terugvorderen, etc.) richting zorgaanbieder na constatering van (mogelijke) 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, tabel B1.

3.2 Bevindingen

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

Follow up onderzoek 2012

Uit het onderzoek 2012 bleek dat bij 6 van de 11 metingen de uitvoering van de materiële controles nadrukkelijk verbeterd moest worden.

Naar aanleiding van het onderzoek heeft de NZa maatregelen genomen richting de zorgverzekeraars, waaronder het opleggen van aanwijzingen. De betreffende zorgverzekeraars hebben rapportages opgesteld en de uitvoering verbeterd.

²⁴ Dit komt overeen met het begrip 'redelijkerwijs aangewezen' zoals in hoofdstuk 5 Gepast gebruik is gehanteerd.

De NZa constateert dat de zorgverzekeraars in het algemeen de noodzakelijke verbeteringen adequaat hebben opgepakt. De uitvoering van de materiële controles is op een beduidend hoger niveau gebracht. De NZa vindt deze trend zeer positief.

Performance-indicator materiële controles 2013

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	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

Bron: NZa

Uit de prestatiemeting blijkt dat bij alle 11 metingen over 2013 de uitvoering van de materiële controles voldoende was.

Organisatie

Op het onderdeel "organisatie" was bij het onderzoek 2012 de ingezette capaciteit voor de uitvoering van de materiële controles het belangrijkste verbeterpunt. Ook de inzet van medisch adviseurs bij materiële controles was 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 tijdig onderzoek wordt ingesteld naar aanleiding van signalen. Ook kan het mitigeren van risico's mogelijk aan de 'voorkant' via afspraken in het inkoopcontract worden gerealiseerd. De capaciteit moet toereikend zijn om de onderkende risico's te kunnen detecteren en afdekken via het uitvoeren van materiële controles en om ontvangen en gegenereerde signalen af te wikkelen.

De NZa heeft bij het onderzoek 2013 geconstateerd dat er bij veel zorgverzekeraars capaciteitsuitbreidingen hebben plaatsgevonden. Hierdoor is het probleem van de te lage capaciteit verminderd. De tijdigheid van de uitvoering van de materiële controles (zie kopje 'uitvoering materiële controle') is nog wel steeds een aandachtspunt. Blijvende aandacht voor de benodigde capaciteit is hierdoor van belang. Een andere mogelijkheid om efficiënter met de beschikbare capaciteit om te gaan is het opzetten van een flexibele schil door inhuur en/of een betere samenwerking tussen de zorgverzekeraars onderling en/of met de zorgaanbieders (horizontaal toezicht).

Spiegelinformatie en data-analyse

De NZa heeft naar aanleiding van het onderzoek over 2012 gerapporteerd dat het voor zorgverzekeraars mogelijk zou moeten zijn om beter gebruik te maken van controletechnieken, zoals systematische analyses, datamining en spiegelinformatie. De NZa constateert in 2013 duidelijke vooruitgang bij de implementatie hiervan. De zorgverzekeraars hebben afgelopen perioden veelal geïnvesteerd in de uitrol van datamining en zijn hier in meer of mindere mate actief mee. Veelal

hebben zorgverzekeraars datamining toegepast op een aantal verstrekking soorten. Hier zal nog verdere invulling aan gegeven kunnen worden onder meer door een gestructureerde inzet en een bredere uitrol over meerdere verstrekking soorten.

De NZa ziet spiegelinformatie, systematische- en data-analyse als een belangrijk instrument voor de risicoanalyse/aanpak en uitvoering van de materiële controles, alsmede voor de fraudebestrijding en is van mening dat zorgverzekeraars hier nog meer prioriteit aan kunnen geven (zie ook paragraaf 4.2, Onderzoek NZa naar omvang zorgfraude).

Uitvoering materiële controles

Op dit onderdeel zijn bij drie van de elf metingen geen verbeterpunten geconstateerd. Bij de overige zorgverzekeraars betreffen de verbeteringen vooral de tijdigheid van de uitvoering en afronding van materiële controles. De tijdige afronding van de materiële controles is van belang voor de tijdige vaststelling van de budgetbijdrage door het Zorginstituut. Veel zorgverzekeraars wachten met de uitvoering van materiële controles totdat de declaratiestromen van MSZ- en GGZ - zorgaanbieders nagenoeg volledig binnen 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 meer gebruik maken van het dynamiseren van de materiële controles.

Vervolgacties en evaluatie

Bij vier van de 11 metingen zijn op dit onderdeel geen verbeterpunten geconstateerd. Bij de overige zorgverzekeraars hebben de verbeterpunten vooral betrekking op het eerder evalueren van (tussentijdse) resultaten waardoor onderzoeken eerder kunnen worden bijgesteld en op het betrekken van de fraudeafdeling bij de uitkomsten van materiële controles.

Managementinformatie

In het algemeen is de managementinformatie in voldoende mate op orde.

Zorgverzekeraars Nederland samenwerking materiële controles

De NZa vindt het van belang dat zorgverzekeraars, net als op het gebied van onderzoek voor zorgfraude, voor de opzet en uitvoering van materiële controles in voldoende mate samenwerken.²⁵ In voorgaand jaar is gerapporteerd dat iedere zorgverzekeraar zelf risicoanalyses ontwikkelt en materiële controles door meerdere zorgverzekeraars bij dezelfde zorgaanbieders worden uitgevoerd. De NZa heeft naar aanleiding daarvan aangegeven dat de samenwerking zou moeten verbeteren, omdat de NZa van mening is dat dit de effectiviteit van de controles ten goede komt.

De NZa constateert inmiddels dat sprake is van vooruitgang in de samenwerking voor materiële controles.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft in 2013 het initiatief genomen voor het programma 'Zinnige zorg, Zuivere rekening'. Dit programma richt zich op de schadelastbeheersing, waaronder ook de samenwerking in de materiële controles. In 2014 zijn de eerste stappen gezet voor de gezamenlijke aanpak van materiële controles. Voor de medisch specialistische zorg zijn data-analyses uitgevoerd. Door het bestuurlijk akkoord inzake de onzekerheden in de MSZ (zie verder hoofdstuk 8) zijn de controlewerkzaamheden door de zorgverzekeraars op een laag pitje gezet. Voor huisartsenzorg is een project gestart gericht op afwijkende

²⁵ Voor zover binnen de grenzen van de Mededingingswet.

declaratiepatronen. Ook voor GGZ is actie ondernomen om gezamenlijke controles uit te voeren.

ZN wil de samenwerking in de materiële controles volgend jaar verder uitbouwen. Hiervoor moeten de sectoren waarop de controles zich zullen richten nog bepaald worden

Materiële controles in relatie tot de privacy

De Regeling Zorgverzekering (RZv) stelt voorwaarden voor het kunnen uitvoeren van materiële controles door zorgverzekeraars, waaronder het uitvoeren van detailcontroles met inzage van medische dossiers.

In het rapport 'Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg' van november 2014 heeft de NZa aangegeven dat de huidige wet- en regelgeving de zorgverzekeraars mogelijk beperkt in hun werk. Op dit moment mogen verzekeraars alleen patiëntendossiers onderzoeken als er een signaal is dat dit onderzoek rechtvaardigt. Bij materiële controles geldt dat in de regel eerst algemene controles moeten worden uitgevoerd voordat er detailcontroles gedaan mogen worden. Zorgverzekeraars zouden effectiever kunnen zijn als zij bij een standaardcontrole een steekproef kunnen nemen uit patiëntendossiers. Zo sporen zij eerder (vermoede en onvermoede) fraude en frauderisico's op en kunnen zij hun controletaak steviger oppakken.

Meer controlemogelijkheden leidt al snel tot een afname in de privacy van de patiënt. Het borgen van privacy in het algemeen en het medisch beroepsgeheim in het bijzonder zijn een groot goed. De manier waarop er op dit moment invulling wordt gegeven aan het borgen van de privacy beperkt echter de controlemogelijkheden van de zorgverzekeraar. Als men fraudeopsporing wil verbeteren, moet men ook kijken naar de vraag of zorgverzekeraars over voldoende controle-instrumenten beschikken. Onze aanbeveling aan de wetgever is om stil te staan bij deze vraag, en daarbij ook oog te hebben voor de spanning tussen enerzijds het geven van (meer) effectieve controle-instrumenten aan zorgverzekeraars en anderzijds de wijze waarop en de mate waarin de privacy van de patiënt moet worden geborgd.

Vervolgacties NZa

Naar aanleiding van ons onderzoek 2012 hebben de zorgverzekeraars diverse verbeteringen voor de opzet en uitvoering van de materiële controles doorgevoerd. Mede hierdoor ziet de NZa nu geen aanleiding om nadere maatregelen te treffen. De NZa beoordeelt bij het onderzoek 2014 de realisatie van de nog door te voeren verbeteringen.

3.3 Conclusie

De performancemeting 2013 wijst uit dat de zorgverzekeraars het proces materiële controle voldoende uitvoeren. De NZa constateert dat de zorgverzekeraars, mede naar aanleiding van de door de NZa gesignaleerde verbeterpunten en genomen maatregelen, de uitvoering van de materiële controles op een hoger niveau hebben gebracht.

De NZa verwacht van de zorgverzekeraars dat zij de gesignaleerde resterende verbeterpunten over 2013 adequaat oppakken en implementeren. De belangrijkste verbeterpunten zijn het tijdiger afronden van de materiële controles en/of controles meer te dynamiseren, 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 voortdurend alert moeten zijn op de beschikbare en benodigde capaciteit

voor materiële controles. Daarnaast kunnen zij nog meer prioriteit geven aan moderne controletechnieken, zoals de verdere uitrol van datamining. Ook is van belang dat zorgverzekeraars de intenties om meer samen te werken in de opzet en uitvoering van materiële controles voort zetten, voor zover mogelijk binnen de grenzen van de Mededingingswet.

4. Misbruik en oneigenlijk gebruik

4.1 Inleiding

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik (m&o), ook wel aangeduid als fraudebestrijding. Bepalingen voor onderzoek naar zorgfraude zijn onder meer opgenomen in de Regeling Zorgverzekering en in de Regeling controle en administratie zorgverzekeraars (TH/NR-001). Door het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland zijn in het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit normen gesteld.

De bestrijding van m&o is één van de performance indicatoren van de prestatiemeting voor 2013.

In de prestatiemeting 2013 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 toetsingspunten. Zie voor het volledige toetsingskader, inclusief normen, bijlage 1, tabel B2.

Controle- en zorgfraudecijfers

Jaarlijks publiceert Zorgverzekeraars Nederland controle- en fraudecijfers van de gezamenlijke zorgverzekeraars.

Over 2013 is sprake van een stijgende tendens in zowel de resultaten van controles als in de uitkomsten van fraudeonderzoeken. In totaal is € 356 mln. bespaard op de kosten van prestaties door intensivering van controle-inspanningen en fraudebestrijding. Door achterafcontroles is € 329 mln. (2012 € 198 mln.) aan ten onrechte gedeclareerde zorg gedetecteerd voor de Zvw, AWBZ en aanvullende verzekeringen. Fraudeonderzoek heeft € 27,3 mln. (2012 15,9 mln.) aan onrechtmatige declaraties opgeleverd voor de AWBZ, Zvw en aanvullende verzekeringen. Hiervan is aan daadwerkelijke fraude, waarbij opzet is bewezen, een bedrag van € 9,4 mln. (2012 € 6 mln.) vastgesteld. Voor de Zvw bedraagt de bewezen fraude circa € 4,3 mln. (2012 € 2,3 mln.).

4.2 Bevindingen

Follow up 2012

Uit het onderzoek 2012 bleek dat bij 5 van de 11 metingen de uitvoering van de bestrijding van m&o nadrukkelijk verbeterd moest worden. De NZa heeft naar aanleiding van het onderzoek 2012 maatregelen getroffen richting zorgverzekeraars, waaronder het opleggen van aanwijzingen, om hun aanpak en uitvoering van m&o te verbeteren. De betreffende zorgverzekeraars hebben rapportages opgesteld en de uitvoering verbeterd.

De NZa constateert dat de zorgverzekeraars in het algemeen de noodzakelijke verbeteringen adequaat hebben opgepakt. De uitvoering van m&o is op een hoger niveau gebracht.

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	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

Bron: NZa

Organisatie

De NZa heeft in de onderzoeken over 2011 en 2012 geconstateerd dat de capaciteit voor fraudeonderzoeken bij veel zorgverzekeraars te beperkt was en heeft zorgverzekeraars hierop aangesproken. De NZa constateert dat de zorgverzekeraars inmiddels uitbreiding hebben gegeven aan het aantal fraudeonderzoekers en fraudecontactpersonen. Uit het onderzoek 2013 komt naar voren dat het bevorderen van het integriteits- en fraudebewustzijn bij medewerkers nog een verbeterpunt vormde bij een aantal zorgverzekeraars. Het is niet alleen van belang dat dit bewustzijn bij fraude-afdelingen bestaat, maar ook bijvoorbeeld bij afdelingen zoals inkoop, administratie en controle.

Controle-aanpak

In de Regeling Controle en administratie zorgverzekeraars en het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland zijn bepalingen opgenomen voor een planmatige aanpak van de fraudeonderzoeken.

De NZa constateert dat, mede naar aanleiding van de eerder door de NZa gevraagde verbetermaatregelen alsmede door de op het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit ingestelde Monitor (self-assesment), de zorgverzekeraars een voldoende aanpak kennen voor fraudeonderzoeken.

In het onderzoek over 2013 is vastgesteld dat bij één zorgverzekeraar het plan van aanpak voor fraudeonderzoek moet worden geactualiseerd. Bij een andere zorgverzekeraar is aandacht gevraagd voor het diepgaander uitwerking geven aan frauderisico's in de risicoanalyses.

Uitvoering

Door de toenemende aandacht voor zorgfraude in de politiek, media en in de organisatie van de zorgverzekeraars ontvangen zorgverzekeraars meer signalen van zorgfraude dan in voorgaande jaren. Bij de uitvoering van fraudeonderzoeken stellen zorgverzekeraars prioriteiten.

Doordat de fraudeafdelingen van zorgverzekeraars ook de uitvoering van fraudeonderzoeken verzorgen voor de AWBZ en hierin door aanscherping van regels rondom de fraudegevoeligheid van het PGB meer PGB fraudesignalen zijn ontvangen staat het doen van fraudeonderzoek naar Zvw-signalen onder druk. Bij nagenoeg alle zorgverzekeraars is sprake van op signalen gebaseerd fraudeonderzoek en verdient het aanbeveling daarnaast ook meer naar risico gebaseerd fraudeonderzoek over te gaan. Het vaststellen van het opzet-criterium om fraude aan te kunnen tonen, vergt intensief onderzoek. Dit is een andere oorzaak, waardoor niet alle fraudesignalen (kunnen) worden opgepakt door de zorgverzekeraars. Hoewel de capaciteit bij veel zorgverzekeraars is uitgebreid moeten nog steeds keuzes worden gemaakt in de signalen die in onderzoek worden genomen.

Het structureel toepassen van bestands- en systeemanalyses, met daarbij nadrukkelijke aandacht voor het verder uitrollen van datamining is bij veel zorgverzekeraars een aandachtspunt. Datamining wordt nog beperkt ingezet.

De NZa heeft bij meerdere zorgverzekeraars aandacht gevraagd voor de verdere uitwerking en beheersing van risico's van interne fraude, naast de focus op externe fraude.

Ook zijn enkele zorgverzekeraars gewezen op het volgens het plan van aanpak uitvoeren van de activiteiten van fraudebestrijding en het doorgeven van fraudesignalen vanuit de primaire afdelingen naar de coördinator fraudebestrijding.

Registratie signalen

Voor het vastleggen van signalen heeft de NZa geconstateerd dat bij een aantal zorgverzekeraars het registreren van de afwegingen waarom geen verder onderzoek wordt gedaan verbeterd kan worden.

Managementinformatie

De managementinformatie bij de zorgverzekeraars is over het algemeen van voldoende niveau. Een aantal zorgverzekeraars is gewezen op het aansluiten van de managementrapportage op de beleidsdoelstellingen, zodat de voortgang en de resultaten beter kunnen worden gevolgd.

Monitor naleving protocol Verzekeraars en Criminaliteit

Door het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland is een monitor naleving Protocol Verzekeraars en Criminaliteit opgesteld. Dit protocol Verzekeraars en Criminaliteit is in december 2011 ondertekend door de zorgverzekeraars. Op basis van een vragenlijst moeten (zorg)verzekeraars beantwoorden of zij aan de gestelde normen voldoen. Dit moet worden onderbouwd met bewijsdocumenten zoals het plan van aanpak. Bovendien moet eens per twee jaar het proces van de fraudeonderzoeken worden geaudit door een in- of externe accountant. De NZa betreft de monitor en de uitkomsten van de audits in het onderzoek.

De monitor die eind 2013 is uitgevoerd en ingediend bij ZN laat zien dat alle zorgverzekeraars voldoen aan de normen gesteld in het protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Nagenoeg alle zorgverzekeraars hebben hun proces geaudit, waarbij op onderdelen verbeteringen zijn geconstateerd en maatregelen zijn geïmplementeerd. Deze bevindingen zijn in lijn met hetgeen door de NZa is geconstateerd.

Onderzoek NZa naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg

In november 2014 heeft de NZa het rapport 'Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg' gepubliceerd. In dit rapport is een kwalitatieve en kwantitatieve analyse opgenomen. De NZa verwacht dat de zorgverzekeraars de uitkomsten uit dit rapport aangrijpen om de fraudebeheersing en het tegen gaan van incorrecte declaraties verder aan te scherpen.

Vervolgacties NZa

De NZa zal de ontwikkelingen op het gebied van de fraudebeheersing bij de zorgverzekeraars nadrukkelijk blijven volgen. Niet alleen via het uitvoeringstoezicht waarbij procedureel op totaalniveau wordt beoordeeld of de zorgverzekeraars voldoende uitvoering geven aan de processen van fraudebeheersing. Via het nalevingstoezicht beoordeelt de NZa namelijk bij geselecteerde casussen of bij (vermeende) overtredingen van de Wmg en Zvw de zorgverzekeraars²⁶ voldoende activiteiten ontplooiën om fraude in de zorg tegen te gaan en maatregelen instellen. Voor de acties vanuit het nalevingstoezicht richting de zorgaanbieders, zie hoofdstuk 10.

Daarnaast is de NZa betrokken bij diverse initiatieven, zoals het TPO/Centraal Selectieoverleg Zorg en het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding (EZB).

4.3 Conclusie

De NZa constateert dat de zorgverzekeraars de uitvoering van de processen van fraudebeheersing in 2013 op een hoger niveau hebben gebracht dan ten opzichte van 2012. Dit mede naar aanleiding van de door de NZa opgelegde maatregelen, alsmede door het positieve effect dat uitgaat van de monitor en audit op grond van het protocol Verzekeraars en Criminaliteit.

De zorgverzekeraars hebben in 2013 extra aandacht gegeven aan de organisatie, onder meer het uitbreiden van capaciteit, de aanpak en uitvoering van de fraudeonderzoeken. Voor alle zorgverzekeraars komt de NZa tot een voldoende oordeel.

Verdere aandacht voor verbetering blijft geboden, de uitkomsten uit het onderzoek van de NZa laten zien dat vooral in de analyse van declaratiebestanden en in de prioritering en onderzoek naar fraudesignalen nog belangrijke verbeteringen noodzakelijk zijn. Hierbij moeten de zorgverzekeraars ook oog hebben voor het monitoren van de beschikbare en benodigde capaciteit voor fraudeonderzoek.

4.4 Vooruitblik

Kenniscentrum Fraudebeheersing Zorgverzekeraars Nederland

Het Kenniscentrum Fraudebeheersing van ZN verzorgt de coördinatie van de fraudebeheersing door de zorgverzekeraars en vervult hierbij een functie bij de ontvangst en doorzending van fraudesignalen naar de NZa en het Verbond van Verzekeraars.

ZN heeft recent de visie op fraudebestrijding geactualiseerd in het Plan van aanpak Fraudebeheersing zorgverzekeraars 2015-2017, waarin de gezamenlijke activiteiten van zorgverzekeraars zijn uitgewerkt.

²⁶ Het toezicht kan bij de casuïstiek ook betrekking hebben op de vraag of de zorgverzekeraar geen onrechtmatige in rekening gebrachte tarieven betaalt of vergoedt (art. 35 lid 3 Wmg).

In gesprek met vertegenwoordigers van ZN deelden ze mede dat de samenwerking in de fraudebeheersing in het algemeen goed verloopt. De procedure voor de gezamenlijke fraudewerkgroepen is geëvalueerd en de rollen zijn in kaart gebracht. Er wordt voor gezamenlijk onderzoek één zorgverzekeraar tot trekker benoemd, de procescoördinatie berust bij ZN. Andere ontwikkelingen zijn het actualiseren van fraude-indicatoren en de maatregelenrichtlijn.

Vanaf januari 2015 start de bouw van het Integriteitsregister voor een pilot. Feitelijke informatie uit diverse bronnen (die door zorgverzekeraars al worden gebruikt) wordt real-time opgehaald (dus niet vastgelegd). Zorgverzekeraars kunnen op basis van de informatie beoordelen of er risico's zijn en of ze beheersmaatregelen kunnen nemen, bijvoorbeeld bij de inkoop van zorg. De documentatie wordt nu opgesteld, waaronder een gebruikersprotocol en privacyreglement. Deze zal worden voorgelegd aan het CBP.

Voor de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars is na een uitspraak van de Rechtbank Amsterdam de goedkeuring door het CBP ingetrokken²⁷, omdat in de gedragscode geen uitzonderingsbepalingen zijn opgenomen voor de verwerking van gegevens over de behandeling van psychische klachten. De commissie Compliance van ZN is nu bezig met het aanpassen van de gedragscode. Een van de onderdelen van de visie voor de toekomst is het inrichten van een gezamenlijke opsporings/onderzoeks-unit van de zorgverzekeraars. Hierdoor kunnen centraal de onderzoeken worden ingesteld, hetgeen de efficiency, uniformiteit van uitvoering en de rapportage ten goede komt. In 2015 worden de mogelijkheden van een dergelijke unit verkend.

²⁷ Naar wij hebben vernomen is goedkeuring door het CBP van de gedragscode niet meer noodzakelijk nu de vereisten voor de materiële controle zijn opgenomen in de Regeling zorgverzekering, de Regeling langdurige zorg en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen Wmg.

5. Gepast gebruik

5.1 Inleiding

Het borgen van gepast gebruik van zorg door zorgverzekeraars houdt verband met de volgende aspecten:

- de gedeclareerde zorg voldoet, voor zover van toepassing, aan de indicatievoorwaarden zoals gesteld in de Zvw;
- de gedeclareerde zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk (het betreft effectieve zorg);
- de verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op de gedeclareerde zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak en principes van 'stepped care').

Gepast gebruik is één van de performance indicatoren van de prestatiemeting 2013.

Indicatievoorwaarden

Voor een aantal verzekerde prestaties uit de Zvw gelden indicatievoorwaarden. Dat houdt in dat de zorg alleen onder de Zvw valt als de zorg toegepast wordt bij de in de wet 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, omdat de effectiviteit van de behandeling dan niet aangetoond is. Onder andere het Zorginstituut Nederland publiceert regelmatig nadere standpunten of verrichtingen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Redelijkerwijs aangewezen

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. Dit is in eerste instantie ter beoordeling aan de huisarts / specialist. De behandelaar en de patiënt komen na een zorgvuldige afweging tot de conclusie dat een behandeling gepast is.

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 zwaardere, ingrijpendere of duurdere behandeling worden overgegaan als een minder zware, ingrijpende of goedkopere behandeling geen (verwacht) effect heeft. Een beperkte, eenvoudige behandeling wordt als eerste ingezet²⁸, en pas als deze niet (voldoende) effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende (duurdere) behandeling.

²⁸ Uiteraard is één en ander afhankelijk van de gestelde indicatie en lenen niet alle zorgvragen zich voor een stepped care benadering.

Mogelijke vormen van ongepast gebruik

Ongepast gebruik van zorg kan zich uiten in bijvoorbeeld onder²⁹- en overbehandeling, te snel dure behandelingen inzetten terwijl dit niet nodig is of geen gebruik van een effectieve behandelmethode.

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 in fasen is aangescherpt. De zorgverzekeraars moeten zich in het Uitvoeringsverslag 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 2013 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 een twaalfstal toetsingsaspecten.

Zie voor het volledige toetsingskader, inclusief normen, bijlage 1, tabel B3.

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, ZonMw en het Zorginstituut Nederland in 2014 een tweede convenant gesloten om goede zorg te bevorderen en ongewenste te ontmoedigen. Daartoe worden iedere 6 weken ronde tafelbijeenkomsten gehouden waarbij casuïstiek wordt besproken en structurele belemmeringen worden geïdentificeerd.

5.2 Bevindingen

De belangrijkste bevindingen uit het onderzoek naar gepast gebruik zijn:

Follow up 2012

Uit het onderzoek 2012 bleek dat bij 7 van de 11 metingen de uitvoering van het tegen gaan van ongepast gebruik nadrukkelijk verbeterd moest worden. De NZa heeft naar aanleiding van het onderzoek 2012 maatregelen getroffen richting zorgverzekeraars, waaronder het opleggen van aanwijzingen, om hun aanpak en uitvoering voor gepast gebruik te verbeteren. De betreffende zorgverzekeraars hebben verbeterplannen en rapportages opgesteld en de uitvoering verbeterd. De NZa constateert dat de zorgverzekeraars in het algemeen de noodzakelijke verbeteringen adequaat hebben opgepakt. De uitvoering

²⁹ Voor overbehandeling bestaan er meer natuurlijke prikkels om dit tegen te gaan dan bij overbehandeling. De zorgverlener heeft immers een zorgplicht en ook de patiënt zal meestal een prikkel hebben om zorg te verlangen.

van gepast gebruik is op een hoger niveau gebracht dan in 2012 het geval was.

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	FBITO	Menzis	ONVZ	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgverzekeraars	n=26	5	1	4	1	2	1	1	3	1	6	1
Oordeel NZa 2013	n=11	V	V	V	V	V	O	V	V	V	V	V

Eno is een verbetertraject gestart. Afronding van een groot deel van de benoemde acties heeft eind 2014 plaatsgevonden.

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

Intensiveren samenwerking tussen verschillende disciplines

De diverse disciplines binnen een zorgverzekeraar (zoals bijvoorbeeld zorginkoop, materiële controle, medisch adviseurs) zijn afgelopen jaren intensiever en meer gestructureerd gaan samenwerken.

Daarnaast hebben zorgverzekeraars de capaciteit van vooral medisch adviseurs uitgebreid om meer signalen over ongepast gebruik van zorg uit te zoeken, en voor de uitvoering van materiële controles en het adviseren bij de zorginkoop over het opnemen van bepalingen met betrekking tot gepast gebruik inde contracten met zorgaanbieders.

Toename gebruik van spiegelinformatie, statistische analyses en datamining

Het merendeel van de zorgverzekeraars gebruikt spiegelinformatie en een datamining tool om de van de zorgverleners ontvangen declaraties te controleren op ongepast gebruik. Zoals ook in hoofdstuk 3 en 4 aangegeven moet aan de verdere uitrol van datamining nog invulling worden gegeven.

Zorgverzekeraars moeten optreden bij mogelijk ongepast gebruik

Bij een aantal zorgverzekeraars is geconstateerd dat ze de uitkomsten van de controles (nog) meer kunnen betrekken bij bijvoorbeeld de zorginkoop en bij verder actualiseren van hun risicoanalyse. Op het moment dat de zorgverzekeraar stuit op mogelijk ongepast gebruik, bijvoorbeeld onverklaarbare praktijkvariatie vanuit de data-analyse, of signalen vanuit de formele en / of materiële controles, is het zaak dat hij adequaat actie onderneemt.

Vervolgacties NZa

De NZa heeft bij de meeste zorgverzekeraars verbeterpunten aangegeven voor het proces. De NZa zal de getroffen verbeteringen beoordelen bij het komende onderzoek over 2014.

5.3 Conclusie

Uit de prestatiemeting 2013 blijkt dat bijna alle zorgverzekeraars zich voldoende hebben ingespannen op het gebied van gepast gebruik. Bij de meeste zorgverzekeraars zijn verbeterpunten geconstateerd. Zorgverzekeraars moeten onder andere controles voor gepast gebruik tijdig uitvoeren en afronden en de tools voor datamining, spiegelinformatie en statistische analyse verder uitrollen. Op beperktere schaal geldt het verbeterpunt voor het controleren en handhaven van contractuele afspraken met zorgaanbieders.

6. Formele controles

6.1 Inleiding

Het doel van formele controles is het toetsen of de gedeclareerde zorg 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.

6.2 Bevindingen

Follow up 2012

Uit het onderzoek 2012 bleek dat ruim de helft van de zorgverzekeraars de formele controles nog niet op een voldoende niveau heeft uitgevoerd. Naar aanleiding van het onderzoek heeft de NZa maatregelen genomen richting de zorgverzekeraars, waaronder het opleggen van aanwijzingen. De betreffende zorgverzekeraars hebben rapportages opgesteld en de uitvoering verbeterd.

De NZa constateert dat de zorgverzekeraars in het algemeen de noodzakelijke verbeteringen adequaat hebben opgepakt. Een deel van de verbeterpunten is onderdeel geworden van het aanvullend omzotonderzoek door ziekenhuizen (zie hoofdstuk 8), zoals de controle op de verwijsregistratie.

Onzekerheid werking DOT controle module

Er zijn regels gesteld voor onder meer 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 de door een derde partij ontwikkelde DOT controle module. Van deze partij is nog geen zekerheid verkregen over de goede werking van de Dot Controle Modules. Hierdoor is niet met zekerheid vast te stellen dat de door CHS aangeleverde analyses alle (mogelijk) onrechtmatige declaraties bevatten. Deze onzekerheid is opgenomen in de bestuursverklaringen van de zorgverzekeraars en in de accountantsproducten bij de diverse financiële verantwoordingen, zie verder hoofdstuk 8. Inmiddels lijkt er voor 2014 een oplossing voor deze problematiek te zijn, zie verder paragraaf 8.3.2.

Tussentijds actualiseren risico analyses

Enkele zorgverzekeraars hebben niet aan kunnen tonen dat de risico analyses tussentijds zijn geactualiseerd naar aanleiding van bijvoorbeeld wijzigingen in relevante wet- en regelgeving. 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 precies 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 de vaak gekozen vervangende controlemaatregel, het uitvoeren van statistische steekproeven, geen optimaal instrument is voor formele controles. De belangrijkste bezwaren die de NZa hier tegen heeft zijn:

- de formele controles van de declaraties worden achteraf³⁰ uitgevoerd, vanuit interne beheersing is dit een minder geschikt instrument;
- de formele toetsingspunten zijn dusdanig omvangrijk en complex van aard dat het zeer de vraag is of alle risico's en toetsingspunten voor de formele controles toereikend³¹ via een steekproef kunnen worden afgedekt.

Bovengenoemde problematiek is actief door de desbetreffende zorgverzekeraars opgepakt.

Onzekerheden

De zorgverzekeraars hebben voor de nog niet afgewikkelde controles correcties in de verantwoordingen opgenomen c.q. 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.

Controleerbaarheid GGZ declaraties

Er waren beperkte mogelijkheden om GGZ declaraties te controleren. In de beleidsregels voor 2014 zijn nieuwe regels over informatie op de factuur opgenomen. Zo komt er meer zicht op hoe rekeningen in de GGZ zijn opgebouwd. Op de declaratie moet bijvoorbeeld duidelijk zijn wie de hoofdbehandelaar is en hoeveel tijd die aan een cliënt heeft besteed, zowel direct aan de patiënt bestede tijd als indirecte tijd, het voorbereiden van een activiteit bijvoorbeeld. Datzelfde geldt voor andere betrokken behandelaars. Ook moet bijvoorbeeld duidelijk zijn hoeveel dagbesteding er is geweest. Voor de declaraties voor 2014 hebben de zorgverzekeraars meer mogelijkheden voor aanvullende formele controles.

Vervolgacties NZa

De NZa heeft bij diverse zorgverzekeraars verbeterpunten aangegeven voor het proces. De NZa zal de getroffen verbeteringen beoordelen bij het komende onderzoek.

³⁰ Voor formele controles bestaat de mogelijkheid om veel van de controles in de systemen te programmeren. Daarom pleit de NZa voor de formele controles niet voor het houden van steekproeven. Voor materiële controles ligt dit anders. De feitelijke en terrechte levering van de zorg zal achteraf aangetoond moeten worden via de inzet van een mix van controle-instrumenten. Zie paragraaf 3.2 'Materiële controles in relatie tot privacy' waar de NZa opmerkingen heeft gemaakt bij de huidige mogelijkheden van zorgverzekeraars.

³¹ 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.

6.3 Conclusies

In het algemeen hebben zorgverzekeraars verbeteringen aangebracht in de uitvoering van de formele controles. Een belangrijk aandachtspunt betreft het aantonen van de betrouwbare en continue werking van de geprogrammeerde controles in het geautomatiseerde systeem.

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 Zorginstituut. 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 Zorginstituut. Het Zorginstituut kan na overdracht een broninhouding toepassen en/of het CJIB inschakelen om de achterstanden te innen.

In het Uitvoeringsverslag Zvw 2013 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.

7.2 Bevindingen

Follow up 2012

Vorig jaar constateerde de NZa dat het proces wanbetalers bij tien zorgverzekeraars onvolkomenheden vertoonde (onder andere op het gebied van de interne beheersing en interne controles). De NZa heeft geconstateerd dat deze onvolkomenheden inmiddels in belangrijke mate zijn verbeterd.

Bevindingen onderzoek 2013

De NZa heeft het onderzoek vooral verricht op basis van kennisname van de verantwoordingsinformatie. Het algemene beeld is dat de uitvoering van het proces door zorgverzekeraars verbeterd is ten opzichte van het voorgaand jaar. Bij de meeste zorgverzekeraars heeft de NZa geen tekortkomingen geconstateerd. Bij één zorgverzekeraar is vastgesteld dat sprake is van enkele te late en onterechte aanmeldingen bij het Zorginstituut. De geconstateerde fouten zijn inmiddels met terugwerkende kracht hersteld en de interne beheersingsmaatregelen zijn inmiddels aangescherpt om herhaling te voorkomen.

Aanpassing regelgeving

De NZa heeft aan VWS aangegeven dat het wenselijk is concreter te formuleren op welke wijze artikel 34a, tweede lid, onderdeel b en c, van de Zvw door de zorgverzekeraars moet worden uitgevoerd. De in dat artikel opgenomen formulering dat zorgverzekeraars voldoende inspanningen leveren tot incasso van de premie en voldoende medewerking verlenen aan de mogelijkheid om te komen tot aflossing van de schuld, biedt zonder nadere precisering een te weinig concreet toetsingskader. VWS is bezig met concretisering van de regelgeving. De geconcretiseerde regelgeving treedt naar verwachting 1 januari 2016 in werking.

7.3 Conclusie

De NZa heeft geconcludeerd dat de bevindingen uit het onderzoek niet leiden tot een vermindering van het compensatiebedrag dat de zorgverzekeraars van het Zorginstituut Nederland ontvangen.

7.4 Vooruitblik

Na het onderzoek heeft de NZa een aantal signalen ontvangen over verschillen en mogelijke tekortkomingen in de uitvoering van de structurele maatregelen wanbetalers door zorgverzekeraars. De NZa betreft deze signalen bij het komende onderzoek.

8. Financiële- en verzekerdenopgaven

8.1 Overzicht opgaven

Dit hoofdstuk gaat in op de financiële opgaven en de verzekerdenopgaven van de zorgverzekeraars die de NZa betrokken heeft in het onderzoek Zvw 2013. De zorgverzekeraars hebben negen opgaven inclusief bestuursverklaring en accountantsproduct ingediend. De NZa geeft richting het Zorginstituut een bestuurlijk oordeel over de juistheid van deze opgaven. Het Zorginstituut gebruikt dit oordeel voor zijn financieel verslag over het Zorgverzekeringsfonds en bij de vaststelling van de budgetbijdragen voor de zorgverzekeraars³².

Niet bij alle financiële opgaven zijn goedkeurende accountantsproducten verstrekt. Onderstaand is een overzicht van de opgaven opgenomen, inclusief het soort accountantsproduct en de strekking van het accountantsproduct.

Tabel 8.1 Overzicht opgaven en accountantsproduct

	Opgaven	Datum	Accountantsproduct en strekking (in principe voor alle zorgverzekeraars gelijk)
1.	Jaarstaat 2013, onderdeel A	1 mei 2014	Jaarlaag 2011 – Controleverklaring met beperking Jaarlagen 2012 en 2013 – Controleverklaring met oordeelonthouding
2.	Kosten per verzekerde 2011	1 mei 2014	Assurance-rapport met beperking
3.	HKC 2011	1 mei 2014	Assurance-rapport met beperking
4.	DBC-gegevens 2012	1 juni 2014	Assurance-rapport met oordeelonthouding
5.	Opbrengstverrekening 2012	1 juni 2014	Assurance-rapport met oordeelonthouding
6.	Verzekerde periode en persoonskenmerken 2013	1 juni 2014	Goedkeurend assurance-rapport
7.	Persoonskenmerken 2014	1 juni 2014	Goedkeurend assurance-rapport
8.	Farmaciegegevens 2013	1 juni 2014	Goedkeurend assurance-rapport (met uitzondering van één zorgverzekeraar, zie hoofdstuk 8.6.4)
9.	Hulpmiddelen 2013	1 juni 2014	Goedkeurend assurance-rapport

Bron: NZa

De oorzaak voor de niet-goedkeurende accountantsproducten is gelegen in een aantal landelijke (algemene) onzekerheden, waar later in dit hoofdstuk nader op in wordt gegaan.

De externe accountants hebben bij diverse verantwoordingen geen goedkeurende accountantsproducten afgegeven. De NZa heeft een beperkt onderzoek uitgevoerd op de verantwoordingen met een oordeelonthouding.

8.2 Tijdigheid aanlevering

De zorgverzekeraars hebben de in totaliteit ruim 200 verantwoordingen allen tijdig aangeleverd.

³² Voor nadere informatie over de risicoverevening wordt verwezen naar de website van het Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/risicoverevening+zvw

8.3 Landelijke onzekerheden

8.3.1 Toelichting op de in de accountantsproducten benoemde landelijke onzekerheden

Voor alle zorgverzekeraars zijn bij de opgaven over 2011³³ accountantsproducten met een beperking en bij bepaalde opgaven 2012 / 2013³⁴ accountantsproducten met een oordeelonthouding afgegeven. Bij alle zorgverzekeraars is dezelfde onderbouwing voor deze niet goedkeurende strekkingen gegeven. De onderbouwing in de bestuursverklaringen en accountantsproducten is grofweg in vier categorieën in te delen, namelijk onzekerheden in de medisch specialistische zorg (MSZ), in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ), in de materiële controle en in de werking van de DOT controle module. Hierna is de onderbouwing samengevat geschetst voor de opgaven over 2011 c.q. over 2012/2013. Het betreft de stand van zaken op het moment van afgifte van de accountantsproducten (zie tabel 8.1). Voor de huidige status, zie paragraaf 8.3.2.

Landelijke onzekerheden 2011

- Onzekerheid MSZ: Naar aanleiding van het onderzoeksrapport over het Sint Antonius Ziekenhuis dat in november 2013 is uitgebracht, is er een zelfonderzoek gestart bij instellingen voor MSZ. De impact van dit onderzoek is nog niet in te schatten.
- Onzekerheid cGGZ: De NZa is een onderzoek gestart gericht op de rechtmatigheid van de geleverde curatieve GGZ zorg. De impact van dit onderzoek is nog niet in te schatten.
- Onzekerheid materiële controles: De zorgverzekeraars hebben de conclusie getrokken dat zij niet aantoonbaar konden maken dat de materiële controle voor het aspect feitelijke levering met 95% betrouwbaarheid en 97% nauwkeurigheid heeft plaatsgevonden.

Landelijke onzekerheden 2012/2013

- Onzekerheden MSZ: Er is een zelfonderzoek gestart bij instellingen voor MSZ. De impact van dit onderzoek is nog niet in te schatten. Daarnaast zijn er voor nagenoeg alle instellingen voor MSZ voor 2012 respectievelijk 2013 controleverklaringen met beperking of oordeelonthouding afgegeven bij de verantwoordingsdocumenten gefactureerde DBC Zorgproducten en overige zorgproducten.
- Onzekerheden cGGZ: Door de NZa is een onderzoek gestart gericht op de rechtmatigheid van de geleverde cGGZ zorg. De impact van dit onderzoek is op dit moment nog niet in te schatten. Daarnaast zijn voor aanbieders van curatieve GGZ zorg over 2012 bij de omzetverantwoordingen controleverklaringen met beperking afgegeven. Voor 2013 zijn de verklaringen nog niet beschikbaar, maar de verwachting is dat dit ook controleverklaringen met beperking zullen zijn.
- Onzekerheden materiële controles: Voor de verantwoorde ontvangen en geaccepteerde declaraties voor de jaren 2013 en 2012 is de uitvoering van de materiële controles door de zorgverzekeraar nog niet afgerond. Daarnaast is het punt over het niet aantoonbaar kunnen maken, zoals hiervoor bij de landelijke onzekerheden 2011 is toegelicht ook voor 2012 en 2013 van toepassing.
- Onzekerheid werking DOT controle module: Voor het controleren van de rechtmatigheid van declaraties wordt gebruik gemaakt van de DOT

³³ Jaarstaat onderdeel A, jaarlaag 2011; opgave kosten per verzekerde 2011 en opgave HKC 2011.

³⁴ Jaarstaat onderdeel A, jaarlaag 2012 en 2013; opgave DBC-gegevens 2012 en opgave opbrengstverrekening 2012.

Controle Modules van CHS. Van CHS is nog geen zekerheid verkregen over de goede werking van de DOT Controle Modules.

8.3.2 Huidige status landelijke onzekerheden

Er zijn diverse ontwikkelingen om de bovengenoemde landelijke onzekerheden af te wikkelen.

Status onzekerheden MSZ

Veldpartijen zijn in mei 2014 tot een bestuurlijk akkoord gekomen om tot een oplossing voor de onzekerheden MSZ te komen. De instellingen voor MSZ hebben in het najaar 2014 een aanvullend omzetonderzoek uitgevoerd gericht op DOT-zorgproducten en overige zorgproducten van 2012 en 2013. De reeds opgestarte controles door zorgverzekeraars over 2011 zijn onderdeel van de afspraak³⁵ geworden.

De uitkomsten van het aanvullend omzetonderzoek zijn onderzocht door accountants van de ziekenhuizen en dit heeft geleid tot rapporten van feitelijke bevindingen. De door zorgverzekeraars voor dit traject ingestelde expertgroep heeft vervolgens de uitkomsten en rapportages aanvullend beoordeeld.

In december 2014 is de uitkomst op totaal niveau bekend gemaakt. Het in de eindrapportage³⁶ genoemde macrobedrag laat zien hoeveel er teveel gedeclareerd is, dat wil zeggen hoeveel minder zorgaanbieders macro in rekening hadden gebracht bij de zorgverzekeraar als er was gedeclareerd conform de NZa regelgeving. Het macrobedrag bedraagt € 276,7 mln. Dit is 1,21% van de totale onderzochte omzet. Dit bedrag hoeft overigens niet overeen te komen met de totale omvang van de verrekeningen die plaats zullen vinden tussen aanbieders en zorgverzekeraars. De totale omvang van de verrekeningen is afhankelijk van de lokale contractafspraken en zal mogelijk lager liggen dan het netto macrobedrag. Het is een aandachtspunt hoe de zorgverzekeraars de financiële effecten verwerken in de financiële verantwoordingen. De NZa betreft dit in haar komende onderzoek.

De NZa heeft aangegeven dat als het aanvullend omzetonderzoek de benoemde controlepunten meeneemt, het onderzoek op toereikende wijze is uitgevoerd en de instelling de NZa informeert over de uitkomsten van het onderzoek, zorgaanbieders en zorgverzekeraars er vanuit mogen gaan dat dit voor de NZa ook voldoende is.

De afspraken laten onverlet dat indien er aanwijzingen voor fraude of overtredingen zijn de NZa en het Openbaar Ministerie hun bevoegdheden op het gebied van toezicht en strafrechtelijke vervolging kunnen toepassen.

Status onzekerheden cGGZ

De uitkomsten van het onderzoek dat de NZa in de cGGZ is gestart, zijn nog niet bekend. Het onderzoek bevindt zich in een afrondende fase, maar het is nog niet duidelijk wanneer deze uitkomsten precies verwacht worden.

Er hebben overleggen plaats gevonden tussen veldpartijen om de onzekerheden die bij de aanbieders van cGGZ tot andere dan goedkeurende accountantsproducten hebben geleid op te lossen. De onzekerheden in de GGZ hebben voor het merendeel betrekking op het private domein van de overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en

³⁵ De afspraak luidt dat de op uiterlijk 1 mei 2004 door zorgverzekeraars uitgezette controles, over de jaren van voor 2012, uiterlijk 1 september 2014 zijn afgerond.

³⁶ Eindrapportage van Expertgroep Omzetonderzoek 2012-2013 Medisch Specialistische zorg, december 2014, Zorgverzekeraars Nederland.

zorgaanbieders. Eind oktober 2014 heeft de NZa een circulaire uitgebracht met nadere verduidelijkingen op de publieke regelgeving. Deze verduidelijkingen blijken in de praktijk al veel controle-onzekerheden weg te nemen. De veldpartijen hebben afspraken gemaakt over zelfonderzoek door instellingen en de afronding van controlewerkzaamheden door zorgverzekeraars op zowel de publieke regelgeving als de onderlinge overeenkomsten.

Status onzekerheden materiële controles

Voor de MSZ is op bestuurlijk niveau overeengekomen dat het zelfonderzoek van de instellingen in principe vervangend is voor de materiële controles door zorgverzekeraars en hiermee wordt dit deel van de onzekerheid opgelost. Voor de GGZ zullen de afspraken, over hoe de uitkomsten van het zelfonderzoek zullen worden betrokken bij de materiële controle van zorgverzekeraars, tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gemaakt worden.

Ook heeft de NZa naar de accountants en zorgverzekeraars duidelijker gemaakt wat van hen verwacht wordt, onder andere door nadere invulling van een memorandum dat op de website van de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants is geplaatst en afstemmingen in het kader van het Protocol onderzoek Zvw.

Status onzekerheid werking DOT controle module

Externe accountants van de zorgverzekeraars hebben ons gemeld dat deze problematiek vanaf 2014³⁷ is opgelost.

8.3.3 Oplossingsrichtingen landelijke onzekerheden

Bekeken moet worden hoe de onzekerheden in de diverse verantwoordingen kunnen worden afgewikkeld, zodat er een betrouwbare vaststelling van de opgaven Jaarstaat onderdeel A (2011), DBC-gegevens 2012, kosten per verzekerde 2011 en HKC 2011 c.q. een betrouwbare bepaling van de marktaandelen voor de opbrengstverrekening 2012 kan komen. De huidige status van de afwikkeling van de landelijke onzekerheden, zoals in paragraaf 8.3.2. vermeld voor onder andere de MSZ en de GGZ, speelt hier een centrale rol in.

Er vindt overleg plaats tussen het Zorginstituut, ministerie van VWS, de NZa, Zorgverzekeraars Nederland en externe accountants. De impact van de afwikkeling van de onzekerheden op de gevolgen voor de uitvraag van de financiële verantwoordingen in 2015 worden hierbij ook afgestemd.

Wij zullen de landelijke onzekerheden blijven volgen tot deze zijn afgewikkeld.

8.4 Bevindingen Jaarstaat A: kosten van prestaties

De jaarstaat Zvw 2013, 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. Deze jaarstaat bestaat uit drie jaarkolommen: 2013, 2012 en 2011.

³⁷ Wij hebben begrepen dat er voor 2014 een ISAE 3402 verklaring type II geldt (opzet, bestaan en werking). Voor 2013 is er een ISAE 3402 verklaring type I (opzet en bestaan).

In onderstaande tabel is op basis van de jaarstaat A Zvw 2013 van alle zorgverzekeraars het totaal van de kosten van prestaties opgenomen, uitgesplitst naar de jaarkolommen 2013, 2012 en 2011.

Tabel 8.2 Totaal kosten van prestaties (x € 1 mln.)

	2013	2012	2011
Totaal kosten Jaarstaat A, kostenverzamelstaat	€ 37.249,9	€ 34.947,0	€ 35.122,9

Bron: NZa

Naast de impact van landelijke onzekerheden zoals toegelicht in hoofdstuk 8.3, zijn de belangrijkste bevindingen bij de Jaarstaat A uit het onderzoek Zvw 2013:

Onjuistheden en onzekerheden 2011 en voorgaande jaren

Naast de impact van landelijke onzekerheden zoals toegelicht in paragraaf 8.3, bedraagt het totaal van de resterende ongecorrigeerde onzekerheden bij alle zorgverzekeraars € 1,1 mln. (0,00% van het totaal van alle verzekeraars van de jaarkolom 2011).

Daarnaast heeft de NZa drie correcties aan het Zorginstituut geadviseerd om te betrekken bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage. Dit houdt verband met de kostendefinitie die het Zorginstituut Nederland hanteert: schade moet uiterlijk in jaar t+2 zijn afgewikkeld, als de declaratie voor 31 december t+2 is ontvangen. De correcties betreffen twee aanpassingen voor rubricering en een correctie van € 0,3 mln.

Onjuistheden en onzekerheden 2012 en 2013

In onderstaande tabel is het totaal van de resterende ongecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden opgenomen. Pro Memorie (PM) staat in deze tabel voor de landelijke onzekerheden zoals toegelicht in hoofdstuk 8.3.

Tabel 8.3: Totaal onjuistheden en onzekerheden Jaarstaat A jaarlaag 2012 en 2013

Jaarlaag	Onjuistheid	Onzekerheid	Percentage
2012	€ 26,7 mln.	€ 136,1 mln. + PM	0,47% + PM
2013	€ 6,4 mln.	€ 127,0 mln. + PM	0,36% + PM

Bron: NZa

De zorgverzekeraars moeten de geconstateerde nog niet gecorrigeerde onjuistheden corrigeren in de jaarstaat 2014 en de onzekerheden nader uitzoeken en indien nodig corrigeren in de jaarstaat 2014.

Overige bevindingen bij de Jaarstaat A

Daarnaast heeft de NZa diverse verbetermaatregelen geconstateerd. Deze hebben onder andere betrekking op de juiste verdeling aanneemsom, de juiste berekening van deelbijdragen MSZ 2013 en aanvullende onjuistheden GGZ 2012 en 2013.

Verloskunde

In afspraken tussen ZN en de koepel van verloskundigen, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) is opgenomen dat de datum van bevalling als peildatum geldt voor de bepaling van het te hanteren tarief, voor de bepaling van de zorgverzekeraar die de declaratie ontvangt en voor de bepaling van het jaar waarin de kosten van prestaties verantwoord worden door zorgverzekeraars. ZN en het

KNOV hebben aangegeven dat de reden voor deze afspraak is, dat het grootste deel van de kosten verloskundige hulp bij de bevalling wordt gemaakt. De meeste kosten komen zo ten laste van de zorgverzekeraar waar verzekerde ten tijde van bevalling is verzekerd.

De afspraak tussen ZN en KNOV over de peildatum bij de declaratie van verloskundige hulp is in strijd met de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De kosten moeten gefactureerd worden tegen het tarief dat geldt bij aanvang van de zorg (en niet het tarief dat geldt bij einde van de zorg). Zorgverzekeraars moeten deze kosten verantwoorden voor de risicoverevening in het jaar waarin de zorg gestart (en niet in het jaar waarin de zorg geëindigd is).

ZN en de KNOV hebben aangegeven dat zij met ingang van 1 januari 2015 op correcte wijze hun declaraties zullen indienen en verantwoorden (juiste tarief en in het juiste jaar). De NZa neemt, gezien de strekking van de toezegging, op dit moment geen bestuursrechtelijke handhavingsmaatregelen.

Conclusie

De algemene onzekerheden, zoals toegelicht in de controleverklaringen (zie paragraaf 8.3), komen voor 2011 boven de 3%. De verklaringen met beperking impliceert dat het totaal aan onjuistheden en onzekerheden voor 2011 tussen de 3% en 10% bedraagt. De opgaven zijn daarmee, met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie van 3%, voor 2011 juist uitgezonderd de mogelijke effecten van de aangelegenheden beschreven in paragraaf 8.3. De NZa neemt een voorbehoud op voor de juistheid van de kosten van prestaties 2011 voor deze mogelijke effecten.

Uit de controleverklaringen blijkt dat voor 2012 en 2013 geen oordeel gegeven kan worden over de juistheid. Als gevolg hiervan neemt de NZa een voorbehoud op voor de juistheid van de kosten van prestaties 2012 en 2013.

Deze conclusie laat onverlet dat de zorgverzekeraar alle geconstateerde onjuistheden moet corrigeren, en de onzekerheden moeten worden afgewikkeld, zodat alle geconstateerde onrechtmatigheden met het vereveningsfonds worden verrekend.

8.5 Opgaven verzekerden

Zorgverzekeraars hebben de volgende opgaven ingediend:

- de opgave verzekerde periode en persoonskenmerken 2013;
- de opgave persoonskenmerken 2014.

Onjuistheden en onzekerheden

Het totaal aan onzekerheden voor alle zorgverzekeraars bedraagt 0,08% van de opgave verzekerde periode en persoonskenmerken 2013 en 0,03% van de opgave persoonskenmerken 2014. Er zijn geen onjuistheden geconstateerd.

Verbeterpunten

De verbeterpunten betreffen vooral een tijdige controle op het voortduren van het recht op verzekering van personen met een tijdelijke verblijfstitel en personen wonend in het buitenland. Bij één zorgverzekeraar gaat het daarnaast ook om het terugdringen van fouten bij de in- en uitschrijving van verzekerden.

Conclusie

De NZa concludeert dat voor de opgaven verzekerde periode en persoonskenmerken 2013 en de opgaven persoonskenmerken 2014 het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden per opgave binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3% blijft. Dit betekent dat op individueel niveau per zorgverzekeraar en op totaalniveau de opgaven verzekerde periode en persoonskenmerken 2013 en de opgaven persoonskenmerken 2014, met inachtneming van een nauwkeurigheidstolerantie van 3%, juist zijn.

8.6 Overige financiële verantwoordingen

Zorgverzekeraars hebben de volgende overige financiële opgaven ingediend:

- opgave kosten per verzekerde 2011;
- opgave HKC 2011;
- opgave DBC-gegevens 2012;
- opgave gegevens opbrengstverrekening 2012;
- opgave farmaciegegevens 2013;
- opgave hulpmiddelen 2013.

8.6.1 Bevindingen opgave kosten per verzekerde 2011

De belangrijkste bevinding bij de opgave kosten per verzekerde 2011 uit het onderzoek Zvw 2013 is:

Onjuistheden en onzekerheden

Naast de impact van landelijke onzekerheden zoals toegelicht in hoofdstuk 8.3, bedraagt het totaal van de resterende ongecorrigeerde onzekerheden bij alle zorgverzekeraars € 18,9 mln. (0,06% van het totaal van de opgaven). Er zijn geen onjuistheden geconstateerd. De NZa heeft in de individuele rapporten aan de zorgverzekeraars verbetermaatregelen opgenomen voor het tijdig afwikkelen van de onzekerheden c.q. het corrigeren in de opgave.

Conclusie

De algemene onzekerheden, zoals toegelicht paragraaf 8.3, komen boven de 3%. De verklaringen met beperking impliceren dat het totaal aan onjuistheden en onzekerheden tussen de 3% en 10% bedraagt. De opgaven zijn daarmee, met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie van 3%, juist uitgezonderd de mogelijke effecten van de aangelegenheden beschreven in paragraaf 8.3. De NZa neemt een voorbehoud op voor de juistheid van de opgaven voor deze mogelijke effecten.

8.6.2 Bevindingen opgave HKC 2011

De belangrijkste bevinding bij de opgave HKC 2011 uit het onderzoek Zvw 2013 is:

Onjuistheden en onzekerheden

Naast de impact van landelijke onzekerheden zoals toegelicht in hoofdstuk 8.3, bedraagt het totaal van de resterende ongecorrigeerde onzekerheden bij alle zorgverzekeraars € 4,3 mln. (0,16% van het totaal van de opgaven). Er zijn geen onjuistheden geconstateerd. De NZa heeft in de individuele rapporten aan de zorgverzekeraars verbetermaatregelen opgenomen voor het tijdig afwikkelen van de onzekerheden c.q. het corrigeren in de opgave.

Conclusie

De algemene onzekerheden, zoals toegelicht in paragraaf 8.3 komen boven de 3%. De verklaringen met beperking impliceren dat het totaal aan onjuistheden en onzekerheden tussen de 3% en 10% bedraagt. De opgaven zijn daarmee, met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie van 3%, juist uitgezonderd de mogelijke effecten van de aangelegenheden beschreven in paragraaf 8.3. De NZa neemt een voorbehoud op voor de juistheid van de opgaven voor deze mogelijke effecten.

8.6.3 Bevindingen opgave DBC-gegevens 2012 en opgave gegevens opbrengstverrekening 2012

De belangrijkste bevinding bij de opgaven DBC-gegevens 2012 en gegevens opbrengstenverrekening 2012 uit het onderzoek Zw 2013 is:

Onjuistheden en onzekerheden

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.

In de onderstaande tabel is het totaal van de resterende ongecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden opgenomen. Pro Memorie (PM) staat in deze tabel voor de landelijke onzekerheden zoals toegelicht in hoofdstuk 8.3.

Tabel 8.5: Totaal onjuistheden en onzekerheden DBC-gegevens 2012 en opbrengstverrekening 2012

Opgave	Onjuistheid	Onzekerheid	% van het totaal van de opgave van alle verzekeraars
DBC-gegevens 2012	€ 14,5 mln.	€ 74,7 mln.+ PM	0,53% + PM
Opbrengstverrekening 2012	€ 5,5 mln.	€ 20,2 mln.+ PM	0,84% + PM

Bron: NZa

De NZa heeft verbetermaatregelen opgelegd voor het tijdig afwikkelen van de onzekerheden c.q. het corrigeren in de opgaven.

Overige bevindingen

Bij de opgave DBC-gegevens 2012 is in een aantal gevallen geconstateerd dat fouten en onzekerheden als foutpercentage op de individuele records c.q. als bulkboeking zijn gecorrigeerd. De NZa heeft als verbeterpunt bij deze zorgverzekeraars opgenomen dat fouten en onzekerheden in deze opgave op verzekerdenniveau gecorrigeerd moeten worden en als dit niet mogelijk is, dienen deze opgenomen te worden in de fouttabel.

Conclusie

Uit de assurance-rapporten blijkt dat voor 2012 geen oordeel gegeven kan worden over de juistheid van de opgaven. Als gevolg hiervan neemt de NZa een voorbehoud op voor de juistheid van de opgave DBC-gegevens 2012 en van de opgave gegevens voor de opbrengstverrekening 2012.

8.6.4 Bevindingen opgave farmaciegegevens 2013

De belangrijkste bevindingen bij de opgave farmaciegegevens 2013 uit het onderzoek Zvw 2013 zijn:

Onjuistheden en onzekerheden

Het totaal van de onzekerheden bij alle zorgverzekeraars bedraagt € 8,2 mln. (0,29% van het totaal van de opgaven). Er zijn geen noemenswaardige onjuistheden geconstateerd. De NZa heeft in de individuele rapporten aan de zorgverzekeraars verbetermaatregelen opgenomen voor het tijdig afwikkelen van de onzekerheden c.q. het corrigeren in de opgave.

Overige bevindingen

In een aantal gevallen is geconstateerd dat fouten en onzekerheden als foutpercentage op de individuele records c.q. als bulkboeking zijn gecorrigeerd. De NZa heeft als verbeterpunt bij deze zorgverzekeraars opgenomen dat fouten en onzekerheden in deze opgave op verzekerdenniveau gecorrigeerd moeten worden en als dit niet mogelijk is, dienen deze opgenomen te worden in de fouttabel.

Conclusie

Het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden blijft binnen de gestelde nauwkeurigheids tolerantie ad 3%. Daarmee zijn de farmaciegegevens van de zorgverzekeraars op totaalniveau, met inachtneming van de nauwkeurigheids tolerantie, juist.

8.6.5 Bevindingen opgave hulpmiddelgegevens 2013

De opgave hulpmiddelgegevens is dit jaar voor het eerst opgevraagd. De belangrijkste bevindingen bij deze opgave zijn:

Herziene opgaven

Vijf zorgverzekeraars hebben een herziene opgave hulpmiddelen 2013 inclusief assurance-rapport moeten aanleveren. Deze nieuwe opgave is meegenomen in het onderzoek.

Een andere zorgverzekeraar heeft een nieuwe opgave ingediend, nadat het Zorginstituut had signaleerd dat het aangeleverde bestand mogelijk niet volledig was. Deze nieuwe opgave is meegenomen in het onderzoek.

Onjuistheden en onzekerheden

Het totaal van de onzekerheden bij alle zorgverzekeraars bedraagt € 4,6 mln. (0,34% van het totaal van de opgaven). Er zijn geen noemenswaardige onjuistheden geconstateerd. De NZa heeft aan een aantal zorgverzekeraars verbetermaatregelen opgedragen voor het tijdig afwikkelen van de onzekerheden c.q. het corrigeren in de opgave.

Overige bevindingen

Bij elf zorgverzekeraars is geconstateerd dat fouten en onzekerheden als foutpercentage op de individuele records c.q. als bulkboeking zijn gecorrigeerd. De NZa heeft als verbeterpunt bij deze zorgverzekeraars opgenomen dat fouten en onzekerheden in deze opgave op verzekerdenniveau gecorrigeerd moeten worden en als dit niet mogelijk is, dienen deze opgenomen te worden in de fouttabel.

Andere verbetermaatregelen die in de individuele rapporten zijn opgenomen, betreffen: volledigheid van de opgave beter waarborgen, gebruik maken van de meest recente tabel voor omzetten van Z-index

codes naar GPH codes en resterende onzekerheden beter kwantificeren en beter de impact op de financiële verantwoordingen bepalen.

Conclusie

Het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden blijft binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie ad 3%. Daarmee zijn de hulpmiddelengegevens van de zorgverzekeraars op totaalniveau, met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie, juist.

9. Regeling Compensatie Eigen Risico

9.1 Inleiding

Het CAK voert de tegemoetkomingsregeling 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.³⁸ (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.

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 2012

Uitvoering CER 2012 door het CAK

In het 'Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2012' maakte de NZa een voorbehoud voor het oordeel over de uitvoering door het CAK, omdat de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2012 nog niet waren afgerond.

Inmiddels zijn deze werkzaamheden afgerond. Op basis hiervan concludeert de NZa dat het CAK de werkzaamheden voor de CER 2012 toereikend heeft uitgevoerd.

Bevindingen rechtmatigheid CER-uitkeringen 2012

Wegens de nog niet afgeronde werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2012 maakte de NZa ook een voorbehoud voor de rechtmatigheid van de in 2012 betaalde CER-uitkeringen. Inmiddels zijn de werkzaamheden voor de steekproef afgerond.

De NZa concludeert dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 1% blijft. De uitbetaalde CER-uitkeringen in 2012 zijn daarmee, met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie, juist en rechtmatig. De NZa heeft VWS en het Zorginstituut geïnformeerd over het oordeel over de rechtmatigheid van de CER.

³⁸ 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'.

9.2.2 Bevindingen uitvoering CER 2013 door het CAK

Uitkeringen door het CAK

Het CAK heeft in 2013 ruim 2,2 mln. toekenningsbeschikkingen vastgesteld voor rechthebbenden op de CER. Van 1,5% van de rechthebbenden is per eind 2013 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 de uitkeringsjaren 2011 en 2012 inmiddels afgenomen tot respectievelijk 0,4% en 0,3%. 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. Dit geldt voor de mensen die al een beschikking hebben ontvangen maar nog geen tegemoetkoming. 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 2013 volledig ten gunste van het Zvf gebracht.

De werkzaamheden voor de statistische steekproef CER over 2013 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 2013 door het CAK.

9.2.3 Bevindingen rechtmatigheid CER uitkeringen 2013

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 nog niet mogelijk om een oordeel te geven over de rechtmatigheid van de in 2013 betaalde CER-uitkeringen. De NZa rapporteert in een later stadium aan het Zorginstituut Nederland en de minister van VWS over haar oordeel over de rechtmatigheid van de in 2013 betaalde CER-uitkeringen.

9.3 Conclusie

Conclusie uitvoering CER 2013 door het CAK

De NZa heeft de uitvoering van de CER door het CAK in 2013 beoordeeld. De NZa concludeert op basis van de bevindingen dat het CAK de werkzaamheden voor de CER in 2013 toereikend heeft

uitgevoerd. De NZa maakt hierbij een voorbehoud, omdat de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2013 nog niet zijn afgerond.

Conclusie rechtmatigheid betaalde CER-uitkeringen 2013

De NZa maakt een voorbehoud voor de rechtmatigheid van de in 2013 betaalde CER-uitkeringen, aangezien de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2013 nog niet zijn afgerond. De NZa rapporteert in een later stadium aan het Zorginstituut Nederland en de minister van VWS over haar oordeel over de rechtmatigheid van de in 2013 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 risicoanalyses geselecteerd worden.

In 2013 heeft de NZa haar toezicht op correct declareren binnen de Zvw gericht op twee zorgsectoren, te weten medisch-specialistische zorg (MSZ) en curatieve GGZ. 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.

Gezien de raakvlakken die er zijn tussen het nalevingstoezicht en het toezicht op de uitvoering van de Zvw zijn de onderstaande passages in dit rapport opgenomen. Voor aanvullende informatie over deze projecten in 2013 wordt verwezen naar de Jaarrapportage Signaaltoezicht 2013³⁹.

10.2 Correct declareren MSZ

De NZa heeft haar toezicht op het terrein van correct declareren MSZ sinds 2012 geïntensiveerd.

In 2013 heeft de NZa veel signalen en meldingen ontvangen over mogelijk niet correct declareren in de MSZ. De NZa heeft 21 van dergelijke meldingen van consumenten terug gelegd bij ziekenhuizen. Zij moesten aangeven in welke mate het betreffende signaal juist was, structureel optrad en welke beheersmaatregelen er zijn genomen om deze ongewenste situaties te voorkomen. Hieraan gerelateerd zijn in 2014 ook gesprekken gevoerd met bestuurders van individuele ziekenhuizen. Waar relevant heeft de NZa meldingen over foute declaraties ook aan zorgverzekeraars teruggelegd met het verzoek om controle en opheldering.

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. Tijdens het onderzoek bij het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein is op meerdere onderzoekstrajecten vastgesteld dat het ziekenhuis niet conform wet- en regelgeving heeft gedeclareerd. De uitkomsten van dat onderzoek zijn begin 2014 gepubliceerd. Het onderzoek heeft geleid tot constatering van in totaal € 24,6 mln. aan niet correcte declaraties en een boete van € 2,5 mln. aan het Antonius ziekenhuis. Het Antonius ziekenhuis heeft toegezegd het bedrag ad € 24,6 mln. terug te zullen betalen aan de zorgverzekeraars. Inmiddels heeft het ziekenhuis de afwikkeling voor het merendeel gerealiseerd.

³⁹ Jaarrapportage, Signaaltoezicht, Ondernomen acties en cijfers 2013, juni 2014, NZa

In 2013 heeft de NZa ook een signaal onderzocht over mogelijk frauduleus handelen van een specialist in het Catharina ziekenhuis. 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.

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 brancheorganisaties. Het onderwerp correct declareren is daarmee op de bestuurlijke agenda geplaatst.

De acties die de NZa in 2013 en 2014 heeft uitgevoerd hebben er mede toe geleid dat ziekenhuizen en zbc's in 2014 een aanvullend omzetonderzoek naar de juistheid van hun declaraties over 2012 en 2013 hebben uitgevoerd. Naar aanleiding van deze onderzoeken heeft de expertgroep van zorgverzekeraars op 11 december 2014 bekend gemaakt dat ziekenhuizen en ' zbc's in totaal 277 miljoen aan zorgkosten ten onrechte in rekening hebben gebracht.⁴⁰ Zie ook paragraaf 8.3.2.

10.3 Correct declareren GGZ

De NZa heeft in haar toezicht in 2013, evenals 2012, extra aandacht gehad voor de tweedelijns curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (cGGZ). 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.

In 2013 hebben we drie formele handhavingsmaatregelen genomen. De maatregelen zijn gepubliceerd op de website van de NZa. In 2014 is tevens een nieuw toezichtonderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek loopt nog. Vier verzekeraars zijn per brief aangespoord om signalen over vermeende onrechtmatige declaraties beter te onderzoeken en waar nodig daadwerkelijk maatregelen te nemen.

Naar aanleiding van de bevindingen uit het toezichtonderzoek en de hieruit volgende handhavingsmaatregelen heeft de NZa haar regelgeving op een aantal punten aangepast (afbakening hoofdbehandelaarschap, transparantie factuur, zorg buiten het basispakket, registratieregels). Ook buiten de reikwijdte van de NZa is de regelgeving verbeterd (afbakening basispakket, aanscherping screening zorgaanbieders).

In 2013 en 2014 is de samenwerking met de ketenpartners geïntensiveerd en daarmee de pakkans verhoogd. Zo is het OM strafrechtelijke onderzoeken gestart, heeft het UWV uitkeringsfraude onderzocht en heeft het IGZ signalen over betrokken medici onderzocht.

⁴⁰ Brief NZa aan de Minister van VWS d.d. 11 december 2014. Zie <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-voorkom-declaratiefouten-bij-ziekenhuizen-en-behandelcentra/>

10.4 Vooruitblik 2014

In 2014 en 2015 heeft de NZa diverse projecten correct declareren opgepakt in andere sectoren.

Bijlage 1 Toetsingskaders performance indicatoren⁴¹

Tabel B.1. Toetsingskader materiële controles

Nr.	Toetsingsaspect
1	<p>Organisatie: De zorgverzekeraar moet een toereikende organisatie hebben voor de opzet, uitvoering en evaluatie van de materiële controles.</p>
	<p>Norm:</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"> - hoe hij zijn controleactiviteiten heeft uitgevoerd; - het onderwerp en object van de controleactiviteit; - wat de resultaten zijn van die controleactiviteiten; - wat voor gevolgen hij heeft gegeven aan de uitkomsten van de materiële controles (zie ook 4.4). <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>Controle-aanpak: De zorgverzekeraar heeft een algemeen en specifiek controleplan vastgesteld op basis van risicoanalyse conform de Regeling Zorgverzekering.</p>
	<p>Norm:</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%⁴² 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>

⁴¹ De toetsingskaders zijn gehanteerd bij het onderzoek Zvw 2013. Zoals in paragraaf 1.8 aangegeven zet de NZa in op een meer principle based uitwerking van de normkaders voor formele controle, materiële controle, gepast gebruik en fraude.

⁴² De eis van '95/97' kan naast kwantitatief ook kwalitatief onderbouwd worden.

Nr.	Toetsingsaspect
3	<p>Uitvoering: De zorgverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het algemene en specifieke controleplan.</p>
	<p>Norm:</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>Vervolgacties en evaluatie: De zorgverzekeraar neemt vervolgacties na constatering van onregelmatigheden en verricht een evaluatie van de uitgevoerde controles.</p>
	<p>Norm:</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>Sturing en managementinformatie: Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de controles. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.</p>

Nr.	Toetsingsaspect
	<p>Norm:</p> <p>5.1. Periodiek wordt managementinformatie gegenereerd met informatie over de voortgang, resultaten en vervolgcacties 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>Organisatie: De zorgverzekeraar moet een toereikende organisatie hebben voor de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de Zvw.</p>
	<p>Norm:</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&O.</p>
2	<p>Controle-aanpak: De zorgverzekeraar heeft een actueel plan van aanpak – beleidsplan/controleplan – dat gericht is op de bestrijding van M&O.</p>
	<p>Norm:</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 & Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars en het Convenant aanpak verzekeringsfraude.</p>
3	<p>Uitvoering: De zorgverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het plan van aanpak bestrijding van M&O.</p>
	<p>Norm:</p> <p>3.1. Bij de uitvoering van de activiteiten voor de bestrijding van M&O heeft de zorgverzekeraar bestands- of systeemvergelijkingen uitgevoerd op mogelijke risicogebieden van M&O.</p> <p>3.2. Bij de uitvoering van de activiteiten voor de bestrijding van M&O heeft de zorgverzekeraar verdiepend vervolgonderzoek uitgevoerd op signalen of vermoedens van M&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&O heeft de zorgverzekeraar in voldoende mate aandacht besteed aan signalering, opsporing en afdoening van vermoeden van intern M&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&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&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, Zorginstituut Nederland, NZa).</p>

Nr.	Toetsingsaspect
4	<p>Vastleggen signalen: De zorgverzekeraar registreert signalen en onderzoek naar M&O in een database (of verwijzingsindex of incidentenregister) met inzicht in aard en omvang.</p>
	<p>Norm:</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"> - Het niet verder onderzoeken van een signaal op basis van een risicoafweging; - Het niet instellen van een verhaalactie hoewel het resultaat van een fraudeonderzoek hier wel aanleiding toe geeft. <p>4.3. In de database (of verwijzingsindex of incidentenregister) ligt ten minste vast:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welke signalen van vermoeden naar M&O betrekking hebben op de Zvw; - Welke signalen van vermoeden naar M&O betrekking hebben op verzekerden en op zorgaanbieders; - In welke mate (aard, aantallen en bedragen) sprake is van daadwerkelijk geconstateerd M&O.
5	<p>Sturing en managementinformatie: Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de bestrijding van M&O. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.</p>
	<p>Norm:</p> <p>5.1 Periodiek wordt managementinformatie gegenereerd met informatie over de voortgang, resultaten en vervolgcacties van onderzoeken naar M&O.</p> <p>5.2 Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van onderzoeken naar M&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&O.</p>

Tabel B.3. Toetsingskader gepast gebruik

Nr.	Toetsingsaspect
1	<p>De zorgverzekeraar treft voor gepast gebruik een mix van preventieve en repressieve maatregelen.</p>
	<p>Norm:</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>De zorgverzekeraar betreft in de risicoanalyses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de Zorginstituut Nederland standpunten op www.zorginstituutnederland.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 (bijvoorbeeld PIN CET, Ronde Tafel Gepast Gebruik, Pilot Gepast gebruik ZN); - het financiële belang.
	<p>Norm:</p> <p>2.1 De zorgverzekeraar betreft de Zorginstituut Nederland 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 Zorginstituut Nederland 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>De zorgverzekeraar betreft de stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen in de zorginkoop bij zorgaanbieders.</p>

Nr.	Toetsingsaspect
	<p>Norm:</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>De zorgverzekeraar controleert en handhaaft de contractuele afspraken met de zorgaanbieders.</p>
	<p>Norm:</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>De zorgverzekeraar bepaalt het machtigingenbeleid, mede in relatie tot gepast gebruik.</p>
	<p>Norm:</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>De zorgverzekeraar formuleert maatregelen in de polisvoorwaarden om controle en handhaving van de stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen te bevorderen.</p>
	<p>Norm:</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>De zorgverzekeraar zet spiegelinformatie, statistische analyse en datamining in om afwijkingen in declaratiepatronen te constateren (praktijkvariatie).</p>
	<p>Norm:</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>De zorgverzekeraar onderneemt actie op de onverklaarbare praktijkvariatie.</p>
	<p>8.1 De zorgverzekeraar neemt vervolgacties op basis van de uitkomsten vanuit spiegelinformatie, statistische analyse en datamining.</p>
9	<p>De zorgverzekeraar zet medische adviseurs in om ongepast gebruik te signaleren en tegen te gaan.</p>
	<p>Norm:</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>

Nr.	Toetsingsaspect
10	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.
	<p>Norm:</p> <p>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	Gepast gebruik wordt meegenomen in de formele en materiële controles.
	<p>Norm:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>11.3 De zorgverzekeraar licht indien hier aanleiding toe bestaat medisch dossiers voor de controle.</p>
12	De zorgverzekeraar registreert de uitkomsten.
	<p>Norm:</p> <p>12.1 De zorgverzekeraar verantwoordt de uitkomsten van de uitgevoerde controles.</p> <p>12.2 Het management wordt periodiek aantoonbaar geïnformeerd over de voortgang, resultaten en vervolgacties op het gebied van gepast gebruik.</p>