



Controleplan 2018

Versiebeheer

Versie	Wijzigingen	Auteur	Datum
0.1		Jola Torbus	2016
0.2		Coördinatoren Zorgkostenbeheersing, review Jola Torbus.	02-2018 03-2018
0.3	Bijlage wetgeving	Tim Hoogenberk	23-03-2018
1.0		Barbara van Waesberghe	26-03-2018

Inhoud

1.	Inleiding	3
1.1	Voorwoord	3
1.2	Doelstellingen	3
1.3	Opzet van dit document	4
2.	Beleidskeuzes 2018-2019	4
3.	Controleproces	6
3.1	Organisatie van het controleproces	6
3.2	Algemene risicoanalyse	7
3.3	Beheersmaatregelen	8
3.3.1	Handreiking en zelfonderzoek	9
3.3.2	Horizontaal toezicht	10
3.3.3	Controles	11
4.	Controleplan	15
4.1	Algemeen controleplan en algemeen controledoel	15
4.2	Specifiek controleplan en specifiek controledoel	15
4.3	Materiële controle en detailcontrole	16
4.4	Privacywaarborgen	16
4.5	Verzekerde als partner in het controleproces	17
5.	Gevolgacties, evaluatie en rapportage	18

1. Inleiding

1.1 Voorwoord

Zorgkostenbeheersing is voor CZ groep, hierna CZ te noemen, waaronder ook de labels Ohra en Delta Lloyd vallen, een belangrijk strategisch speerpunt. Het is immers onze taak, als zorgverzekeraar om alleen voor rechtmatig en doelmatig geleverde zorg te betalen en onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om de zorg en de premie voor de verzekerde betaalbaar te houden. Ter uitvoering van haar wettelijke taak alsmede ter bevordering van de solidariteit en de betaalbaarheid van zorg voert CZ diverse controles uit. Bij deze controles controleert CZ de doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg.

Voor onze controletaak is op de eerste plaats inzicht nodig. Inzicht in onrechtmatig gedeclareerde zorgkosten en inzicht in gedeclareerde kosten voor ondoelmatig verrichte zorg. Deze kosten samen noemen we ongewenste zorgkosten. Na het verkrijgen van het inzicht in ongewenste zorgkosten gaan we over tot het terughalen van deze kosten (correctief). Nog liever voorkomen we ze echter door vooraf een scala aan preventieve maatregelen in te zetten.

Naast het beheersen van de zorgkosten zet CZ ook in op het beperken van administratieve lasten voor zorgaanbieders. Om dit te realiseren werken wij met preventieve maatregelen, zoals signalering naar zorgaanbieders als onze data-analyse van declaraties hier aanleiding toe geeft. Ook combineren we zoveel mogelijk gelijksoortige controles in het controleproces.

1.2 Doelstellingen

Controles op rechtmatigheid en doelmatigheid leveren een belangrijke bijdrage aan de beheersing van zorgkosten en daarmee de duurzaamheid van toegankelijke en goede zorg in Nederland. Hierbij is het uitgangspunt om zoveel mogelijk data-driven en preventief te acteren om onterechte zorgkosten te vermijden. In de Nadere regel controle en administratie zorgverzekeraars van de NZa wordt de wettelijke taak van iedere zorgverzekeraar als volgt beschreven:

'De zorgverzekeraar voert controleactiviteiten uit om de rechtmatigheid van declaraties van zorgaanbieders en verzekerden te controleren met als doel de juistheid en volledigheid van de administratie en de juistheid van de opgaven te borgen.'

CZ voert haar controles hoofdzakelijk uit om te waarborgen dat de betaalde zorgkosten rechtmatig zijn. Daarnaast ziet CZ het als één van haar kerntaken om actief bij te dragen aan de beheersing van de zorgkosten door onrechtmatige en ondoelmatige zorg te detecteren en deze naar de toekomst toe te voorkomen.

Bij de uitvoering van controles worden verder de volgende algemene doelstellingen gehanteerd:

- verkrijgen van voldoende zekerheid dat er voldaan is aan de voorwaarden van de Zvw;
- verkrijgen van voldoende zekerheid dat de zorg verleend is door personen en/of instellingen die hiertoe bevoegd zijn;
- verkrijgen van voldoende zekerheid dat de zorg voldoet aan de voorwaarden gesteld in de overeenkomst (indien aanwezig);
- stimuleren van doelmatige inzet van zorg;
- signaleren van oneigenlijk gebruik en/of fraude
- vermijden van onterechte zorgkosten (preventie) .

Hoe aan deze doelstellingen wordt voldaan, wordt in het vervolg van dit Controleplan aangegeven.

1.3 Opzet van dit document

Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de beleidskeuzes van CZ, divisie Operations voor de jaren 2018 – 2019. In hoofdstuk 3 worden de organisatie van het controleproces, de algemene risicoanalyse en de beheersmaatregelen uitgelegd. Hoofdstuk 4 geeft vervolgens informatie over de wijze waarop CZ de controle stap voor stap uitvoert en welke instrumenten hierbij gebruikt worden.

In hoofdstuk 5 wordt aandacht besteed aan de vervolgacties naar aanleiding van controles, de evaluatie en de rapportage. Tot slot worden in de bijlagen bij dit controleplan de belangrijkste wet- en regelgeving met betrekking tot controles en controlepunten 2018 opgenomen.

2. Beleidskeuzes 2018-2019

CZ heeft de maatschappelijke opdracht om de zorg goed, betaalbaar en beschikbaar te houden. Dat doen we door het opstellen van duidelijke polisvoorwaarden, het inkopen van kwalitatief goede en betaalbare zorg, het vooraf afspraken te maken over de wijze van declareren en de declaraties voor- en achteraf te controleren. Al deze activiteiten zijn goed georganiseerd en resulteren in beheersbare zorgkosten- en premieontwikkeling voor onze verzekerden. De organisatie hiervan wordt in de volgende hoofdstukken nader toegelicht. Hieronder ligt de focus op de veranderingen die recent zijn ingezet en de komende jaren verder worden geïmplementeerd.

In dit kader gaat divisie Operations zich de komende jaren zich richten op de volgende stappen:

1. Uitbreiden van Horizontaal Toezicht.

Om meer preventief te gaan werken is het de intentie van CZ om waar mogelijk horizontaal toezicht toe te passen. Horizontaal toezicht en de tussenvormen daar naar toe, draagt er toe bij dat controles zo veel mogelijk voor in de keten worden uitgevoerd. Meer toelichting hierop kan worden gelezen in paragraaf 3.3.2.

2. Uitbreiden 'pre-payment' maatregelen.

Met 'pre-payment' maatregelen wordt bedoeld op de opties die er zijn om declaraties voor uitbetaling te kenmerken als mogelijk foutief; hiermee voorkomen we tijdsintensieve controles achteraf. De 'pre-payment' maatregelen kunnen op drie plekken worden uitgebreid:

- Er zijn nog formele controles die achteraf plaatsvinden terwijl deze in systeemcontrole kunnen worden opgepakt.
- De signaleringen op opvallend declaratiegedrag zouden een plek kunnen krijgen in de systeemcontroles. Dit gebeurt nu nog achteraf, maar als het proces van data-analyse verder wordt geoptimaliseerd zou een deel hiervan ook vooraf kunnen plaatsvinden.
- De verzekerde kan een grotere rol spelen in het **vooraf** controleren van nota's; dit wordt sinds augustus 2016 gerealiseerd binnen het project Klantparticipatie Pre-Payment. De reikwijdte hiervan wordt in 2018 uitgebreid op basis van de eerste ervaringen.

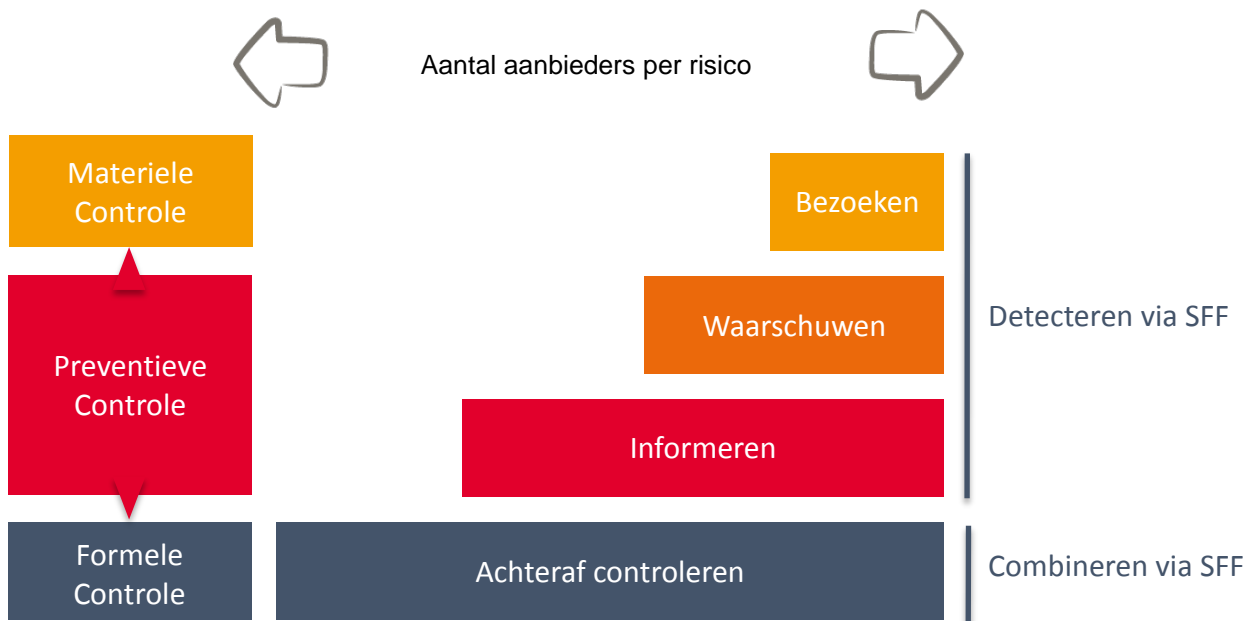
3. Intensiveren data-analyse.

CZ zet al een aantal jaar in op data gedreven controles. Hierbij worden door data-analyse afwijkende zorgaanbieders gedetecteerd. Dit wordt uitgebreid met een verdieping richting meer data science methoden.

4. Inzetten verschillende controle methodes naast elkaar.

Door de toevoeging van data-analyse zijn er nieuwe controlemethoden ontstaan. De uitkomsten van data-analyse geven per zorgaanbieder weer hoeveel afwijking er wordt gesignaleerd. Hierbij is het niet wenselijk om alle zorgaanbieders te confronteren met het zware middel van een materiële controle. Daarom is het richtsnoer om de top10-20 aan te schrijven en bezoeken en de lagen daaronder preventief te benaderen door te waarschuwen of te informeren. Het doel hiervan is beïnvloeding van het declaratiegedrag van zorgaanbieders. Denk hierbij aan het communiceren door middel van factsheets over gewenst declaratiegedrag of het periodiek terugkoppelen van afwijkingen in declaratiegedrag t.o.v. het gemiddelde.

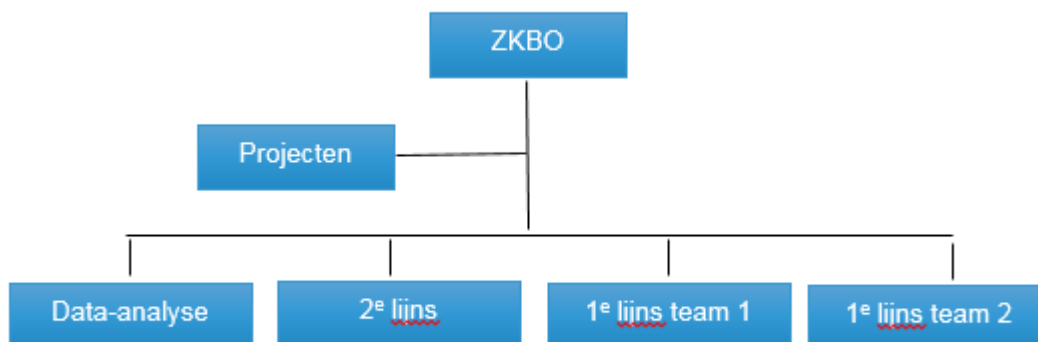
In onderstaand schema worden deze methodes weergegeven:



3. Controleproces

3.1 Organisatie van het controleproces

Binnen de divisie Operations is de afdeling Zorgkostenbeheersing verantwoordelijk voor de opzet en uitvoering van de controles m.b.t. rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorgkosten.



De feitelijke controleactiviteiten worden verricht door team eerstelijnszorg en team tweedelijnszorg binnen de afdeling Zorgkostenbeheersing. De teams zijn verantwoordelijk voor:

- het beoordelen van ontvangen signalen;
- het onderzoeken van risico's;
- het opstellen en prioriteren van de risico-analyse;
- het opstellen van het controleplan;
- het plannen, opzetten en uitvoeren van controles;
- het tussentijds bijstellen van het controleplan; en
- de rapportage en evaluatie van het hele controleproces, waarbij de evaluatie weer de input levert voor nieuwe controles.

Controles worden zoveel mogelijk vooraf of tijdens het declaratieproces (automatisch) uitgevoerd. In sommige gevallen is dit echter niet mogelijk en vindt een controle achteraf (na de betaling) plaats. Het beoogde doel (preventie, correctie of repressie) en het soort risico en zijn omvang zijn bepalend voor de in te zetten controle-instrumenten. De controles die achteraf worden uitgevoerd kan men verdelen in:

- formele controles
- materiële controles
- combinatie van formele en materiële controle (incl. eventueel controle op gepast gebruik)
- preventieve controles.

3.2 Algemene risicoanalyse

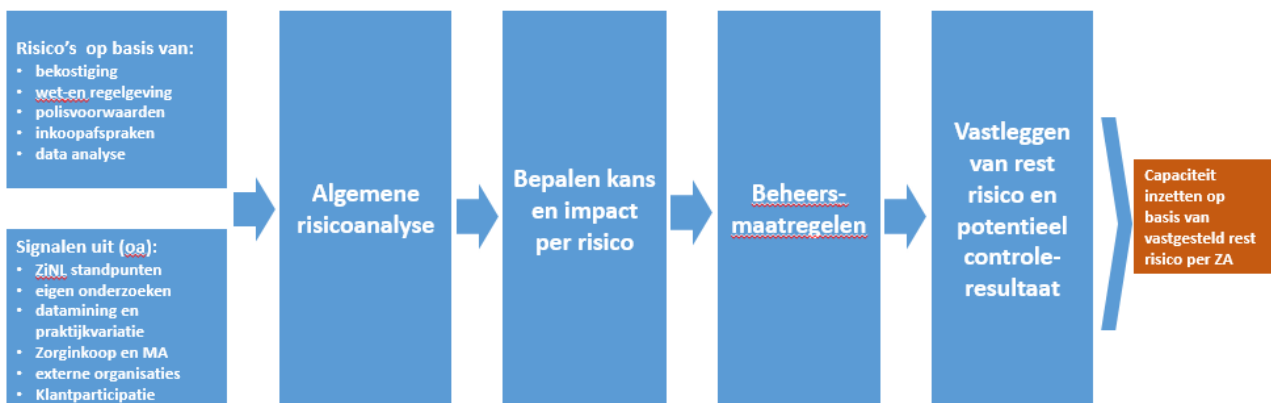
De algemene risicoanalyse wordt jaarlijks, per zorgaandachtsgebied, uitgevoerd. Door deze analyse periodiek te herijken, wordt geborgd dat relevante en actuele ontwikkelingen tijdig worden meegenomen en dat er gekozen kan worden voor een passende maatregel. Input voor de algemene risicoanalyse zijn:

- Via de inventarisatie van wet- en regelgeving, standpunten van het Zorginstituut Nederland, bekostiging, polisvoorwaarden en inkoopafspraken wordt de algemene risicoanalyse opgesteld.
- Top-down analyses: middels datamining onderzoeken we de totale zorgkosten naar opvallende patronen en trends.
- Bottom-up signalen, interne en externe signalen uit de volgende bronnen:
 - signalen vanuit externe bronnen zoals de media, landelijke werkgroepen, zorgaanbieders;
 - uitkomsten eigen onderzoeken en uitkomsten uit eerdere uitgevoerde controles;
 - signalen vanuit interne bronnen: zorginkoop, medisch adviseurs en/of het Bureau Bijzonder Onderzoek;
 - signalen vanuit externe organisaties zoals het Zorginstituut Nederland, de NZa en Zorgverzekeraars Nederland;
 - signalen vanuit Klantparticipatie en klachten van verzekerden.

De uitkomsten van de algemene risicoanalyse per zorgaandachtsgebied worden samengevoegd en dienen als input voor de bepaling van de gewenste maatregelen en de prioritering van de uit te voeren controles. Niet alle risico's zijn onderzoekwaardig. Een risico wordt eerst 'gewogen' voordat die geprioriteerd kan worden. Bij de weging van een risico wordt rekening gehouden met diverse belangen, zoals:

- financieel belang (omvang van het risico en risicovermindering op lange termijn);
- maatschappelijk belang (handhaven van de solidariteit in het zorgstelsel);
- commercieel belang (imagoschade).

Algemene risicoanalyse



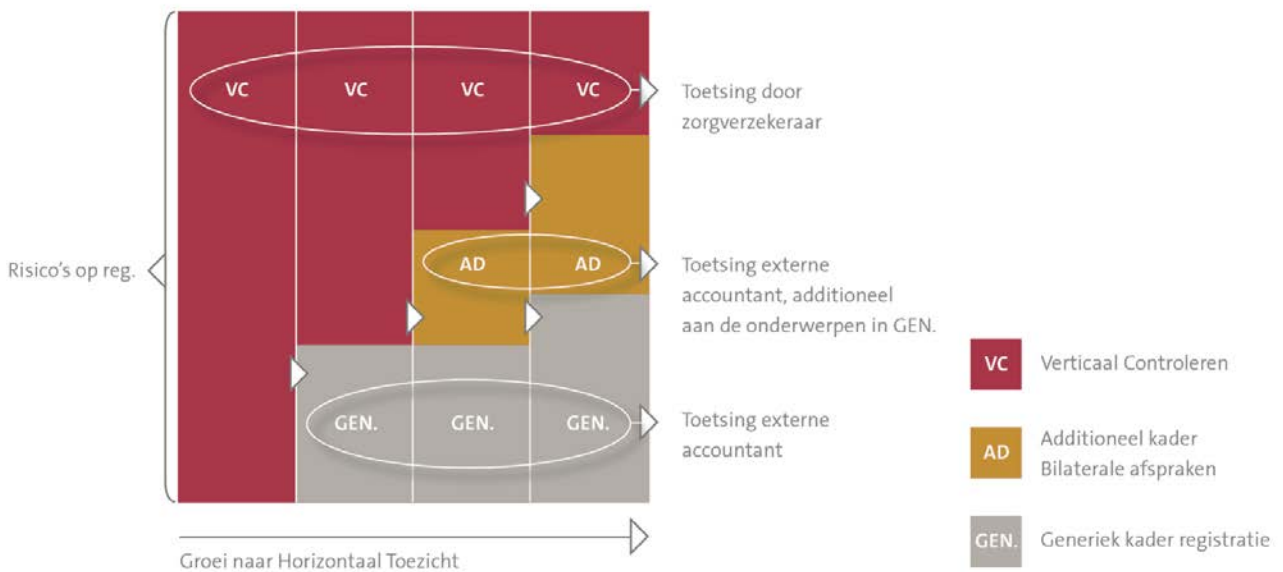
De audittrail van de risico's die opgenomen worden in het controleplan worden gedocumenteerd in een elektronisch dossier in Enterprise Case Managementsysteem (ECM).

3.3 Beheersmaatregelen

De inrichting van het controleproces is gebaseerd op de beheersing van specifieke risico's per zorgaandachtsgebied en op de beheersing van generieke, zorgaandachtsgebied-overstijgende risico's. De risico's die vanuit de risicoanalyse als onderzoekwaardig bestempeld zijn, worden gecontroleerd door middel van diverse controles. Sommige van deze controles doorlopen een langdurig traject, met veel administratieve last voor zowel de zorgverlener als de zorgverzekeraar.

Mede daarom ontstond er steeds meer behoefte om niet alleen achteraf maar vooraf in de zorgketen voldoende zekerheid te verkrijgen over de rechtmatigheid van de zorgkosten. Dit door middel van:

- Handreiking en zelfonderzoeken.
- Horizontaal toezicht.
- Controles.



3.3.1 Handreiking en zelfonderzoek

In aanloop naar horizontaal toezicht in GGZ en MSZ worden in deze sectoren handreiking en zelfonderzoeken uitgevoerd welke door de gezamenlijke zorgverzekeraars worden gereviewd. Deze aanpak stelt veel eisen aan inrichting van controleteams en de competenties van medewerkers. Een van de belangrijkste uitdagingen is dat participatie in landelijke reviews voldoende zekerheid dient te geven om te kunnen steunen op oordelen en bevindingen van collega zorgverzekeraars.

De uitgangspunten voor de handreiking MSZ zijn vastgelegd in 'Handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ 2015' van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra en van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

'NVZ, NFU en ZN hebben besloten om samen nog meer in te zetten op structurele samenwerking bij de efficiënte inrichting van de declaratie- en controleketen. Deze afspraken zijn vastgelegd in een convenant. (...)

Uitgangspunten:

- o Ziekenhuizen controleren op basis van de handreiking zelf de rechtmatigheid van de declaraties. Zij rapporteren hierover aan de zorgverzekeraars.*
- o Zorgverzekeraars beoordelen de door het ziekenhuis uitgevoerde werkzaamheden en komen tot een gezamenlijke conclusie. (...)*

De handreiking bevat samen met de DOT Controle Module (DCM controles) alle generieke rechtmatigheidscontroles op de declaraties 2015. Zorgverzekeraars zullen de controles uit de handreiking zelf niet uitvoeren indien de zorgaanbieder de controles adequaat uitvoert en zich hierover verantwoordt zodanig dat de zorgverzekeraar dit kan vaststellen.

Zorgverzekeraars hebben de plicht om bij signalen (uit benchmarks of van bijvoorbeeld verzekerden) declaraties nader te onderzoeken. Dit gaat dus om specifieke onderzoeken die één of enkele zorgaanbieders raken. De zorgverzekeraars blijven deze controles uitvoeren waarbij proportionaliteit het uitgangspunt is.

Ook zijn zorgverzekeraars verplicht om toe te zien op doelmatigheid en gepast gebruik. Controles die in dit kader moeten worden uitgevoerd maken geen onderdeel uit van de handreiking en worden door de zorgverzekeraar uitgevoerd. '

Dit gebeurt ook bij GGZ waar de zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders afspraken hebben gemaakt over het zelfonderzoek curatieve GGZ. Het doel van het onderzoek is om controles voor de curatieve GGZ op een meer effectieve en efficiënte wijze uit te kunnen voeren. Het zelfonderzoek houdt in dat de deelnemende GGZ-aanbieder de rechtmatigheid en doelmatigheid van de eigen declaraties toetst op een aantal specifieke controlepunten. Dit gebeurt aan de hand van een vooraf gezamenlijk gedefinieerd toetsings- en normenkader. De zorgverzekeraar beoordeelt de uitgevoerde werkzaamheden door de GGZ-aanbieder en trekt een eindconclusie aangaande het uitgevoerde zelfonderzoek. Deelname aan het zelfonderzoek is voor GGZ-aanbieders vrijwillig.

CZ neemt de GGZ-aanbieders die niet mee doen aan zelfonderzoek op in haar reguliere controleplan.

3.3.2 Horizontaal toezicht

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken steeds vaker intensief samen om foute declaraties te voorkomen. Dit wordt horizontaal toezicht genoemd. Er worden hierbij afspraken gemaakt over de inrichting en controle van systemen, de processen en beheers methoden gericht op naleving van de wet, het toezicht, de contractuele verplichtingen en het afleggen van verantwoording.

CZ is in 2015 gestart met het opzetten van horizontaal toezicht. Hiermee moet er in de toekomst efficiënter en eerder in de declaratieketen zekerheid verkregen worden over de juistheid van de declaraties.

Uitgangspunt bij horizontaal toezicht is dat CZ minder controleert, als het vertrouwen er is dat de zorgaanbieder zijn eigen verantwoordelijkheid neemt voor naleving van de regels. Dit vraagt wel van de zorgaanbieder en van CZ extra aandacht voor het inrichten van hun interne administratieve organisatie. CZ blijft zelf verantwoordelijkheid dragen voor haar controletaak en dient dit ook te kunnen verantwoorden.

Met horizontaal toezicht vindt er een verschuiving plaats van gegevensgericht controleren naar systeemgerichte controles. Het achteraf controleren zal naar verwachting niet overbodig worden, maar specifiekere worden ingezet. Achteraf controles en horizontaal toezicht sluiten elkaar niet uit maar vullen elkaar aan.

Bij horizontaal toezicht wordt er een onderscheid gemaakt tussen:

- o generiek deel;
- o additioneel deel.

De risico's worden op basis van een 'risk based' benadering bepaald zodat de risico's met een grote impact als eerste in aanmerking komen voor een vorm van horizontaal toezicht. Het generieke deel wordt landelijk bepaald en is voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars gelijk. De risico's in het generieke deel hebben de volgende kenmerken:

- Het risico wordt erkend als een landelijk risico en doet zich voor bij alle/meeste zorgaanbieders.
- De risico's worden landelijk vastgesteld en er wordt door alle deelnemende zorgverzekeraars en zorgaanbieders over gerapporteerd.
- Het risico kent een mate van uitwerking waarbij er geen ruimte is voor verschillende interpretaties.
- Het risico kan door middel van systeemcontrole en proces worden beheerst. De werking op beheersing kan objectief worden vastgesteld.

In het additionele deel komen de risico's terecht die bilateraal, tussen zorgaanbieder en CZ, vastgesteld worden. Het kan dan gaan om risico's die van toepassing zijn bij specifieke zorgaanbieders of bilaterale afspraken. De omvang van de declaratie en van het soort zorg spelen hierbij ook een rol.

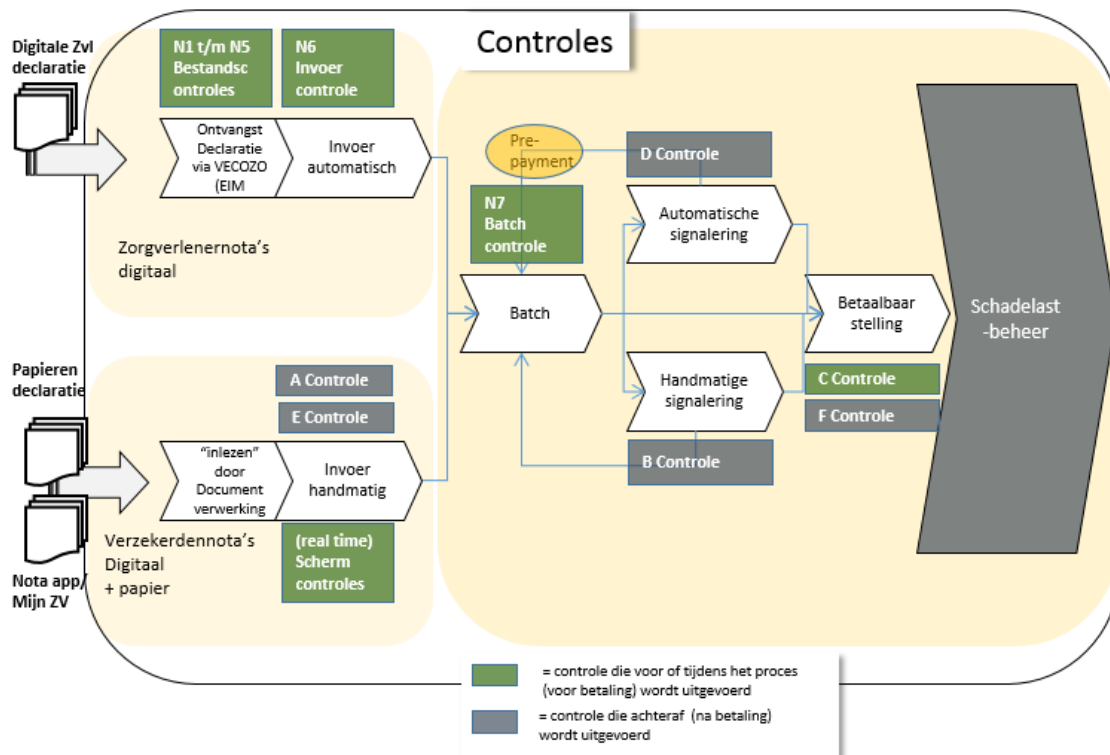
3.3.3 Controles

Het In Control Statement van CZ noemt als één van haar 'key risk's' het structureel vergoeden van onrechtmatige en/of ondoelmatige declaraties of declaraties waarbij geen sprake is van gepast gebruik. Divisie Operations die ook verantwoordelijk is voor het verwerken en betaalbaar stellen van zorgkostendeclaraties gebruikt een scala aan controles om deze risico te mitigeren.

Op basis van hun plaats in het declaratieverwerkingsproces worden de controles verdeeld in:

- controles voor de declaratieverwerking ►;
- controles tijdens de declaratieverwerking ▲;
- achterafcontroles (Zorgkostenbeheersing –in schematische weergave: schadelastbeheer) ◀.

Schematisch is dit als volgt weer te geven:



► Vooraf - ontvangen declaraties van zorgaanbieders – N1 t/m N5 controles en N6 controle

De declaraties van zorgaanbieders komen via Vecozo binnen en worden meteen door het Vecozo systeem gecontroleerd. Dit zijn technische controles die betrekking hebben op de EI-standaarden. Hiermee worden 'fouten' in de EI-declaratiebericht (N1 tot en met N5 controles) vroegtijdig in de keten gesignaleerd. Afgekeurde declaraties worden teruggezonden naar de zorgverlener. CZ voert zelf deze controles ook nog uit, zodra de declaraties ontvangen worden.

Tijdens het uitvoeren van de invoercontroles wordt de invoer gecontroleerd aan de hand van de EI-standaarden (ook wel N6 controles genoemd). Er wordt onder andere gecontroleerd op de juistheid van het Burgerservicenummer (BSN), het unieke zorgverzekeraarsidentificatie (UZOVI) nummer en het verzekerdennummer.

► Vooraf - ontvangen declaratie van verzekerde – real time schermcontrole

De declaraties van verzekerden worden digitaal via nota app / MijnZV of op papier ontvangen. De papieren declaraties worden voor de verwerking eerst gedigitaliseerd.

De realtime scherm controles die uitgevoerd worden op deze declaraties zijn gericht op het voorkomen van het vastleggen van verkeerde data in het Mars systeem en het zijn ook de wettelijke controles. Tijdens deze controles wordt onder andere gesignaleerd op de volgende controlefuncties:

- controle op verzekerd zijn;
- relatie zorgverlener uitvoerder / verrichting;
- zorgverlener uitvoerder / instelling;
- leeftijd;
- tarieven;
- machtiging;
- creditregel.

► Vooraf - ontvangen declaraties van zorgaanbieders en verzekerden – handmatige controles

Sinds 2015 zijn naar aanleiding van onder andere media aandacht, signalen van verzekerden en de eigen data-analyse de handmatige (vooraf) controles op het declareren en vergoeden van onverzekerde zorg uitgebreid. Voorbeelden van controles op onverzekerde zorg die vooraf uitgevoerd worden, zijn:

- handmatige controle van de GGZ declaraties van niet-gecontracteerde instellingen;
- handmatige controle van de buitenlandse nota's van verzekerden op soort zorg.

▲ Tijdens - declaratieverwerking - systeemcontroles / N7 batch controle

Alle declaraties die ingelezen zijn in het Mars systeem worden tijdens de declaratieverwerking (batch) gecontroleerd op de vergoedingsvoorwaarden. Deze controles vinden 's nachts plaats en zijn voor zowel de declaraties van verzekerden als voor declaraties van de zorgverleners hetzelfde. Het gehele controleproces is volledig geautomatiseerd. .

De controles worden uitgevoerd totdat een signalering optreedt die niet automatisch afgehandeld kan worden of er geen signaleringen optreden. In het eerste geval dient de signalering handmatig afgehandeld te worden zodat Mars de overige controles uit kan voeren.

Binnen elke functie worden één of meerdere onderdelen van de declaratie (nota, etc.) gecontroleerd. Bij afwijkingen van de vereiste gang van zaken geeft het systeem een signaal af. Mars maakt gebruik van diverse systemen met gegevens waarop de controles gebaseerd zijn.

Voor een overzicht van alle functies welke in het geautomatiseerd controleproces voorkomen wordt verwezen naar het functioneel ontwerp van Mars, inclusief een gedetailleerde uitleg omtrent de technische werking van deze functies. Het functioneel ontwerp is niet als bijlage toegevoegd, vanwege de grootte van het bestand.

▲ Tijdens - afhandeling van signaleringen – B en D controles

De handmatig afgehandelde signaleringen worden gecontroleerd middels kwaliteitscontrole B. De automatisch afgehandelde signaleringen worden gecontroleerd middels kwaliteitscontrole D. Doel van deze controle is om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van de door medewerkers of het Mars systeem afgehandelde signaleringen.

▲ Tijdens - betaalbaarstelling van declaratie – C en F controles

Bij de betaalbaarstelling van de declaratie aan de verzekerde wordt, middels kwaliteitscontrole C, de hoogte van het uit te keren bedrag (hoger dan € 500,-) en afwijkend excassonummer gecontroleerd.

Bij de verwerking en betaalbaarstelling van de verzekerde declaraties bestaat een kans dat er fraude gepleegd wordt. Dit wordt gecontroleerd middels kwaliteitscontrole F. Doel van deze controle is het opsporen en tegen gaan van oneigenlijk gebruik van de systemen en autorisaties door de medewerkers van CZ.

◀ Achteraf - betaalde declaratie – A en E controle

De kwaliteit van de handmatige invoer van verzekerde declaraties wordt gecontroleerd middels kwaliteitscontrole A (gegevens en medewerker gerichte controle). Het controleresultaat geeft een beeld van de aard en omvang van eventuele afwijkingen ten opzichte van de norm. Op het aspect foutloze verwerking hebben de declaratie verwerkende afdelingen zich ten doel gesteld om minimaal 95% van de handelingen in één keer goed uit te voeren. Daarnaast heeft deze controle als doel, het verbeteren van de kwaliteit van de individuele medewerkers door het coachen en begeleiden gebaseerd op de individuele prestaties.

De correcties die uitgevoerd zijn op verzekerde declaraties worden gecontroleerd middels kwaliteitscontrole E. Hierbij worden zowel het correctieverzoek als de correctie zelf beoordeeld. Doel van deze controle is het terugdringen van het aantal correcties en indien dit niet te voorkomen is, het 'first time right' afhandelen ervan.

◀ Achterafcontroles Zorgkostenbeheersing

CZ tracht de controles zoveel mogelijk geautomatiseerd uit te voeren tijdens het declaratieproces. Het is echter niet mogelijk om alle noodzakelijke controles te automatiseren. Daarom worden sommige controles achteraf (na de betaling van de declaratie) uitgevoerd.

Dit kunnen formele, materiële of combinatie van beide controles zijn. Op grond van de regelgeving wordt een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen een formele en een materiële controle.

Formele controle

Een formele controle is volgens de definitie in de Regeling zorgverzekering (RZv) een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:

- een prestatie betreft die is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;
- een prestatie betreft die behoort tot het verzekerde pakket van die persoon;
- een prestatie betreft tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is en;
- het tarief betreft dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen.

Materiële controle

Een materiële controle is volgens de definitie in de RZv een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat:

- of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd (rechtmatigheid), en;
- of de geleverde prestatie het meest aangewezen was, gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (doelmatigheid).

Rechtmatigheid van zorgkosten

Onder rechtmatigheid wordt verstaan dat de registratie en declaratie van zorgkosten voldoen aan de wet- en regelgeving, waarbij ook upcoding (het bewust declareren van een hogere zorgprestatie dan noodzakelijk voor de betreffende situatie) niet toelaatbaar is. Aspecten die veelal samenhangen met rechtmatigheid zijn:

- Recht op zorg, dit is meestal geregeld via indicatiestelling/verwijzing;
- Hoogte en omvang van dat recht (welke zorg is het meest passend);
- Duur, hoe lang is de zorg nodig.

Doelmatigheid van zorgkosten

Onder doelmatigheid wordt verstaan het voldoen aan de gebruikelijke standaarden. Binnen het medisch vakgebied is er dan voldoende consensus dat in de gegeven situatie van de verleende zorgprestatie het beoogde effect mag worden verwacht en een goede balans is tussen de kosten en effecten van de zorgverlening. Begrippen als passende zorg en gepast gebruik horen hier ook bij. Vanwege het subjectieve karakter van deze begrippen, en de voortdurende innovatieve ontwikkelingen in de zorg, is het wel van groot belang dat de normen op dit punt voortdurend worden herijkt en dat eventuele nieuwe inzichten voor iedereen duidelijk zijn zodat ze in de toekomst kunnen worden toegepast.

Gepast gebruik

CZ heeft als taak om samen met de zorgaanbieders zinnige en zuinige zorg aan te bieden aan verzekerden. Hierbij wordt zinnige en zuinige zorg, ook wel omschreven als gepast gebruik en aangeduid als:

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

De kern is dat een patiënt die zorg krijgt die echt nodig is, dat deze zorg niet te duur is en dat de zorg van goede kwaliteit is. Bij gepast gebruik wordt onder andere een koppeling gemaakt tussen de richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen, standpunten van het Zorginstituut Nederland en inkoopafspraken. Gepast gebruik kan een onderdeel zijn van zowel formele controles als materiële controles.

Fraudeonderzoek

Fraudeonderzoek wordt in de RZv omschreven als een onderzoek waarbij wordt nagegaan of de zorgaanbieder (of verzekerde) valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van de rechthebbende of verduistering pleegt of tracht te plegen, ten nadele van personen en organisaties die bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken zijn. Het doel van de fraudeur is een prestatie, vergoeding of ander voordeel te verkrijgen waar hij/zij geen recht op heeft of recht op kan hebben. Een fraudeonderzoek wordt uitgevoerd door het Bureau Bijzonder Onderzoek (BBO) van CZ. Tijdens een controleonderzoek is het mogelijk dat een in beginsel formele of materiële controle wordt omgezet in een fraudeonderzoek. Iedere declaratie verwerkende afdeling heeft fraudeaanspreekpunten, daarnaast heeft iedere werkgroep een medewerker van BBO als lid. Op deze manier wordt geborgd dat alle fraude signalen adequaat afgehandeld worden.

4. Controleplan

4.1 Algemeen controleplan en algemeen controledoel

Voor het opstellen van het algemene controleplan worden alle risico's van alle zorgaandachtsgebieden verzameld in één overzicht. Voor elk risico wordt op basis van ervaring uit het verleden de impact (risicobedrag) ingeschat en wordt de zwaarte van het risico bepaald (kans maal impact). Op deze manier worden alle risico's gewogen en gerangschikt. Deze ranglijst bevat aanvankelijk heel veel risico's. Het is echter niet doelmatig om alle verzamelde risico's nader te onderzoeken. De niet financiële risico's met maatschappelijk belang en / of impact op het imago van CZ worden wel altijd onderzocht.

Op basis van deze risicoanalyse stelt CZ voor alle zorgaandachtsgebieden een integraal controleplan op, waarin de te controleren risico's en de in te zetten controle-instrumenten opgenomen worden. Het controleplan volgt de kaders van de RZv en het protocol materiële controles. Het algemene controleplan wordt voor de zorgaanbieders en voor de verzekerden toegankelijk gemaakt via de website www.cz.nl/zorgaanbieder en/of via de brancheorganisaties.

Voor iedere controle wordt een algemeen controledoel en de middelen om dit doel te behalen, bepaald. Indien mogelijk wordt de totale periode waarin het risico voorkomt gecontroleerd.

De resultaten van de algemene risicoanalyse worden uitgewerkt in een selectie van de te controleren zorgaanbieders. Voor de uitvoer van de controle heeft CZ in deze fase de volgende instrumenten ter beschikking:

- Beoordelen AO/IC verklaring en / of bestuursverklaring:
CZ beoordeelt de verklaring van een accountant van de zorgaanbieder waarin de uitkomsten van zijn onderzoek staan of de verklaring van het bestuur van de zorgaanbieder.
- Uitvoeren statistische analyse en / of logica / verbandscontrole:
Met dit instrument worden op basis van eigen declaratiegegevens van CZ uit verschillende bronnen verbanden gelegd met betrekking tot de rechtmatigheid en doelmatigheid van de gedeclareerde zorg.
- Versturen van enquêteformulieren aan verzekerden:
CZ onderzoekt op deze manier of de in rekening gebrachte zorg daadwerkelijk is verleend en de door de verzekerden ervaren kwaliteit van de verzekerde zorg die een zorgaanbieder verleent of heeft verleend. CZ probeert deze controle zo kort mogelijk na afloop van de geleverde zorg te laten plaatsvinden. In sommige gevallen is dit echter niet mogelijk door bijvoorbeeld een later moment van declareren. Een verzekerde is niet verplicht tot beantwoording van de gestelde vragen en het onthouden van medewerking aan een enquête zal op geen enkele wijze tot nadeel van de verzekerde strekken. CZ informeert de verzekerde hierover.

4.2 Specifiek controleplan en specifiek controledoel

Indien de door CZ ingezette instrumenten voldoende zekerheid opleveren dat het algemeen controledoel is behaald en er geen andere signalen zijn waaruit blijkt dat er onvoldoende zekerheid is, eindigt de algemene controle hier.

Indien deze instrumenten onvoldoende zekerheid opleveren dat het controledoel is behaald of er zijn andere signalen waaruit blijkt dat er onvoldoende zekerheid is, zal de controle worden voortgezet met een specifieke controle. Het specifieke controleplan wordt opgezet volgens de bepalingen uit de artikelen 7.5 tot en met 7.9 van de RZv inclusief bepalingen op het gebied van bescherming van de persoonsgegevens.

In de specifieke controle heeft CZ uitgebreidere controlebevoegdheden. In deze fase mag worden overgegaan tot detailcontrole naar bij de zorgaanbieder berustende gegevens. Een zorgaanbieder is verplicht hieraan medewerking te verlenen. De escalatie van controlebevoegdheden kan echter alleen plaatsvinden indien wordt voldaan aan de in de RZv vermelde verplichtingen. Voordat tot detailcontrole overgegaan kan worden stelt CZ per controle (of zorgaanbieder) een specifiek controledoel, specifieke risicoanalyse en specifiek controleplan vast.

Artikel 1 sub z RZv heeft de specifieke risicoanalyse gedefinieerd als: *‘een analyse die erop is gericht te bepalen op welke gegevens en op welke zorgaanbieders of categorieën zorgaanbieders de detailcontrole zich zal richten.’*

Naast de resultaten uit de reeds ingezette (algemene) controlemiddelen in het kader van de materiële en / of formele controle kan de specifieke risicoanalyse bevindingen bevatten uit onder andere data-analyse en de uitwerking van bottom-up signalen.

4.3 Materiële controle en detailcontrole

CZ dient zich bij het uitvoeren van een materiële controle te houden aan de regels die zijn vastgelegd in hoofdstuk 7 van de RZv. Op grond hiervan dient een materiële controle stapsgewijs te worden uitgevoerd, waarbij na iedere stap beoordeeld moet worden of met voldoende zekerheid kan worden vastgesteld dat de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde. Alleen als er onvoldoende zekerheid is, wordt de controle vervolgd. De regels uit de RZv zijn door Zorgverzekeraars Nederland nader uitgewerkt in het Protocol materiële controle die onderdeel uitmaakt van de Gedragscode verwerking persoonsgegevens.

Conform artikel 7.8 lid 1 RZv stelt CZ naar aanleiding van de specifieke risicoanalyse een specifiek controleplan en een specifiek controledoel op waarin de opzet van de uit te voeren controle en de gekozen instrumenten worden omschreven. Voor de uitvoer van de controle heeft CZ in deze fase verschillende instrumenten ter beschikking, waaronder detailcontrole.

Artikel 1 sub x RZv definieert detailcontrole als een: *‘onderzoek door de zorgverzekeraar naar de bij de berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen verzekerden ten behoeve van materiële controle of fraudeonderzoek.’*

De detailcontrole heeft betrekking op gegevens waarover CZ zelf niet beschikt. De detailcontrole kan plaatsvinden zonder inzage in het medisch dossier. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een administratieve controle zoals inzage in de afsprakenagenda, controle op de aanwezigheid van een verwijzing, of een (algemene) verklaring van de zorgaanbieder in het kader van hoor en wederhoor. Wanneer deze instrumenten onvoldoende zekerheid geven kan ook een zwaarder instrument worden ingezet. In het uiterste geval kan een detailcontrole ook betrekking hebben op inzage in (delen van) het medisch dossier. Voordat de detailcontrole start, worden de geselecteerde zorgaanbieders schriftelijk geïnformeerd ten aanzien van:

- aankondiging en motivatie van (detail)controle;
- het doel van de controle en de controlepunten;
- terugkoppeling van de resultaten uit de algemene en specifieke risicoanalyse;
- de verwachtingen ten aanzien van de zorgaanbieder.

De materiële controles worden gedurende het jaar volgens een vooraf opgestelde planning uitgevoerd. Deze planning verschilt per controle: er zijn controles die vaak plaatsvinden tot controles die slechts één keer per jaar of één keer in twee jaar worden uitgevoerd. Omdat controles continue starten, uitgevoerd en afgerond worden is er geen vast moment dat het controleplan definitief en / of bevroren is. Het is een dynamisch document die continue geüpdatet wordt.

De materiële controles waarbij informatie van de verzekerde nodig is, worden zo kort mogelijk na afloop van de behandeling uitgevoerd, omdat de verzekerde dan nog een goede herinnering ervan heeft. Daarnaast is het natuurlijk belangrijk om snel inzicht te hebben in de betrouwbaarheid van de zorgkostenadministratie. Het is echter niet altijd efficiënt en soms zelfs onmogelijk om de controles meteen uit te voeren omdat er nog onvoldoende declaraties aanwezig zijn om effectief te controleren.

4.4 Privacywaarborgen

Gedurende het proces van controle zijn verschillende (wettelijke) privacy waarborgen voor de verzekerde aanwezig. Het belangrijkste uitgangspunt is dat alleen wanneer het minst ingrijpende controle instrument onvoldoende zekerheid geeft, een zwaarder instrument mag worden ingezet. Tijdens de controle zal de

zorgverzekeraar zowel de proportionaliteit als de subsidiariteit moeten motiveren voordat overgegaan kan worden tot een detailcontrole.

Er geldt een wettelijke geheimhoudingsplicht voor alle medewerkers van CZ die bij een controle zijn betrokken. Alleen medewerkers die onderdeel uitmaken van de functionele eenheid van de zorgverzekeraar hebben in het kader van de controle inzage in medische gegevens. De functionele eenheid bestaat uit deskundige medewerkers die voor specifieke doeleinden en onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur betrokken zijn bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid. De bij de controle betrokken medisch adviseur is altijd een (tand)arts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of apotheker die beschikt over een BIG-registratie. De medisch adviseur is op voorafgaand verzoek van een zorgaanbieder aanwezig bij de controle maar in alle gevallen vindt de controle onder zijn verantwoordelijkheid en met inachtneming van zijn aanwijzingen plaats.

Een zorgaanbieder is verplicht medewerking te verlenen aan een controle indien deze controle voldoet aan de voorwaarden die zijn vastgelegd in de RZv.

De in het kader van de materiële controle verwerkte persoonsgegevens worden enkel gebruikt voor het doel waarvoor deze zijn verkregen.

4.5 Verzekerde als partner in het controleproces

Klantparticipatie 'klopt mijn rekening'

Met de vraag: 'Klopt mijn rekening?' betreft CZ verzekerden bij het controleren van rekeningen. De verzekerde kan via de digitale verzekeringsomgeving 'MijnZV' een melding maken van een mogelijk onjuiste nota. Signalen die aanleiding geven tot diepgaander onderzoek worden doorgezet naar de teams Achterafcontroles en bij fraudevermoedens zelfs naar het BBO.

Klantparticipatie 'pre-payment'

Het is ook mogelijk om voorafgaand aan betaling de rekening (een selectie hiervan) voor te leggen aan verzekerde, de 'pre-payment'. Op basis van risico's gedestilleerd uit Klantparticipatie 'klopt mijn rekening' worden bepaalde nota's voorafgaand aan de uitbetaling aan de zorgaanbieder voorgelegd aan de verzekerde. De stappen bij 'pre-payment' zijn:

- bepalen risico's,
- selecteren notaregels,
- signalering op nota plaatsen,
- notificeren klant en vragen beoordeling,
- beoordeling door klant,
- bij geen akkoord hoor-wederhoor met zorgverlener,
- bij akkoord betaling, bij geen akkoord ophouden nota,
- terugkoppeling aan klant en zorgverlener.

5. Gevolgacties, evaluatie en rapportage

Afhankelijk van soort controle (vooraf, tijdens de declaratieverwerking of achteraf) worden diverse maatregelen getroffen om de geconstateerde fout te herstellen en om te voorkomen dat deze fout in de toekomst nogmaals plaatsvindt.

Bij handmatige vooraf controles wordt de declaratie afgewezen en wordt de declarant (zorgaanbieder of verzekerde) hiervan op de hoogte gebracht.

In geval van geconstateerde onjuistheden in de werking van systeemcontroles wordt eerst de omvang van de fout en / of risico vastgesteld. Op basis daarvan worden herstelacties uitgevoerd en worden de eventuele onrechtmatigheden teruggedraaid. Tevens vindt een analyse en evaluatie van de oorzaak en oplossing plaats. Ongeacht de genomen maatregel worden de ten onrechte betaalde zorgkosten in principe altijd gecorrigeerd en indien mogelijk ook teruggevorderd.

Bij achterafcontroles stelt het controleteam, die de controle uitgevoerd heeft, in overleg met de het management, de verbetervoorstellen op en legt deze voor aan de zorgverlener. Er worden hierbij afspraken gemaakt over de looptijd van het verbetertraject en de eventuele sancties bij het uitblijven van afgesproken verbeteringen. Afhankelijk van de ernst van de geconstateerde fout kunnen de volgende sancties opgelegd worden:

- mondelinge of schriftelijke waarschuwing;
- verzoek tot correctie;
- opleggen van een terugvordering;
- instellen van een detail en / of herhaalcontrole;
- aanscherping van contractafspraken;
- opleggen van een boete;
- uitsluiting van de contractering en / of vergoeding.

In het geval dat er een vermoeden bestaat van oneigenlijk gebruik van zorgkosten of fraude, worden de volgende vervolgstappen ondernomen:

- intern richting coördinator fraudebestrijding van BBO;
- extern, door de coördinator fraudebestrijding, richting Inspectie voor de Gezondheidszorg, tuchtrechter, NZa, het Openbaar Ministerie of politie;
- extern, door het maken van een melding in een Incidentenregister en melding aan Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude.

Indien bij de uitvoering van de controle de interne of externe omstandigheden veranderd zijn en de aannames niet juist of niet volledig bleken te zijn, kan het vastgestelde controleplan worden gewijzigd. De reden van de wijziging dient voldoende te zijn onderbouwd en te zijn geaccordeerd door de verantwoordelijke manager. De wijziging kan betrekking hebben op: controleperiode, de te controleren objecten (zorgverleners, verzekerden, verrichtingen), controlemethodiek, planning en dergelijke. De mogelijke gevolgen van deze wijziging worden altijd toegelicht.

Na afloop van elke achterafcontrole rapporteert het controleteam die de controle uitgevoerd heeft, de definitieve bevindingen aan en het management. Er wordt een eindrapport opgesteld met daarin:

- de omschrijving van de gecontroleerde risico;
- de periode van de controle;
- de gebruikte controle-instrumenten;
- de uitgevoerde werkzaamheden;
- de conclusie van de controle;
- het controleresultaat;
- de eventuele aanbevelingen.

De rapportages worden opgeslagen in het elektronisch controledossier in Enterprise Case Managementsysteem (ECM).