

Controleplan 2014

Formele en materiële controle



'Voor goede zorg, zorg je samen'

Auteur	Coöperatie VGZ
Datum	1 maart 2014
Status	Definitief
Versie	1.3

1. Inleiding.....	3
1.1 Aanleiding.....	3
1.2 Doelstelling.....	3
1.3 Opbouw.....	3
2. Wettelijk kader	5
2.1 Wet marktordening gezondheidszorg.....	5
2.2 Wettelijke grondslag voor het gebruik van persoonsgegevens bij materiële controles.....	5
2.3 Protocol materiële controle	5
2.3.1 Feitelijke en terechte levering	5
2.4 Protocol formele controle	6
2.5 Gepast gebruik	6
2.6 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	6
3. Controleproces	8
3.1 Stap 1: Vaststellen controledoel	8
3.2 Stap 2: Uitvoeren algemene risicoanalyse	8
3.3 Stap 3: Beheersmaatregelen	9
3.3.1 Systeemcontrole.....	9
3.3.2 Beoordelen AO/IC, accountantsverklaring en bestuursverklaring zorgaanbieder	9
3.3.3 Uitvoeren statistische analyse.....	9
3.3.4 Logica/verbandcontrole	9
3.4 Stap 4: Detailcontrole.....	9
3.5 Stap 5: Actief (op) volgen van interne en externe signalen	10
3.6 Stap 6: Uitvoeren algemeen Plan van aanpak.....	10
3.7 Stap 7: Consequenties.....	10
3.8 Stap 8: Evaluatie	11
4. Uitvoering van de controles	12
4.1 Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.....	12
4.2 Dossiervorming.....	12
4.3 Eindevaluatie en controlerapportage.....	12
Addendum Algemene risico analyse.....	13
1. Medisch specialistische zorg	13
2. Geestelijke gezondheidszorg	14
3. Farmacie	16
4. Hulpmiddelen.....	16
5. Huisartsen zorg	18
6. Mondzorg.....	18
7. Geboortezorg	18
8. Ketenzorg.....	19
9. Paramedische zorg	19
10. Zorgvervoer.....	19

1. Inleiding

De kosten van de zorg stijgen. Coöperatie VGZ is zich hiervan bewust en wil daarom iedere euro die binnenkomt zo terecht en effectief mogelijk besteden. Hetzelfde geldt voor iedere euro die zij uitgeeft. De betaalbaarheid van de zorg is voor 2014 één van de belangrijkste beleidsthema's van het ministerie van VWS. Om deze zorg betaalbaar te houden, hanteert Coöperatie VGZ onder andere het preferentiebeleid, plafondafspraken met ziekenhuizen en gaat niet feitelijke en/of onterechte levering verstrekkingen tegen door versterking van controles.

1.1 Aanleiding

Binnen het veld van controles, blijven materiële controles een gevoelig gebied. Hierbij is het immers mogelijk dat zorgverzekeraars inzage krijgen in (persoons)gegevens waarover zij voor haar reguliere verzekeringstaak niet beschikt.

Om de uitvoering van materiële controles zorgvuldig te laten verlopen, heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een protocol materiële controle opgesteld waarin op hoofdlijnen de wijze van uitvoering van materiële controle door zorgverzekeraars wordt beschreven. Bij het schrijven van dit plan is het protocol materiële controle (hierna te noemen 'protocol') van ZN als uitgangspunt genomen. De wetgever heeft via de Regeling Zorgverzekering bepaald dat alle zorgverzekeraars aantoonbaar 'in control' moeten zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft als eis dat controles verricht worden.

1.2 Doelstelling

Dit document beschrijft op welke wijze Coöperatie VGZ omgaat met haar verantwoordelijkheid om de controles uit te voeren. Binnen de divisie Zorg is de afdeling Controles verantwoordelijk voor de uitvoering van achteraf controles die zowel voor de Basisverzekering als voor de Aanvullende verzekering worden uitgevoerd. De controles bestaan uit formele controles en materiële controles (inclusief controle op gepast gebruik en feitelijke levering).

Bij het uitvoeren van controles gelden de volgende algemene doelstellingen:

- Het verwerven van voldoende zekerheid dat er sprake is van feitelijke en/of terechte levering van de gedeclareerde zorg (d.w.z. een betrouwbare schadelast);
- Zorgkostenbeheersing;
- Het ondersteunen en verbeteren van alle zorginkoop gerelateerde processen;
- Het signaleren van oneigenlijk gebruik en/of fraude en preventie hiervan;
- Monitoren landelijke trends en ontwikkelingen;
- Het geven van aanbevelingen gericht op betrouwbaarheid en toereikende managementinformatie;
- Structureel informeren van het management over de bevindingen.

De beheersing van het controleproces is van groot belang voor Coöperatie VGZ om haar doelstelling "Voor goede zorg, zorg je samen" te realiseren. Tevens moet Coöperatie VGZ uit hoofde van geldende wet- en regelgeving (Zorgverzekeringswet) verantwoording afleggen over de interne beheersing van het schadeproces. Dit document geeft richting aan de door de afdeling Controles uit te voeren werkzaamheden. Op basis van dit document worden (ook tijdens de uitvoering) prioriteiten aan de uit te voeren werkzaamheden gegeven.

1.3 Opbouw

In hoofdstuk 2 worden de wettelijke kaders beschreven. Hoofdstuk 3 gaat in op controleaanpak en gekozen controlemethodieken. Hoofdstuk 4 beschrijft de organisatiestructuur binnen de (materiële) controlegroep alsmede de taken en verantwoordelijkheden.

1.4 Reikwijdte

Binnen Coöperatie VGZ UA worden tevens materiële controles uitgevoerd voor de volmachten:¹

- IAK Verzekeringen;
- Turiën & Co Assuradeuren;

¹ Conform Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2013.

- Caresco;
- Aevitae;
- VPZ Assuradeuren;
- Turien / IZA Cura;
- Aevitae- de Goudse.

2. Wettelijk kader

Dit hoofdstuk behandelt de relevante wet- en regelgeving met betrekking tot controles. Als kapstok voor dit document gelden de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), relevante artikelen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling Zorgverzekering, waarin de wettelijke grondslag voor gebruik van persoonsgegevens bij materiële controle binnen de Zvw is geregeld. Verder gelden het daarop gebaseerde Protocol materiële controle dat onderdeel uitmaakt van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en de bevindingen van de NZa uit voorgaande jaren als kapstok. Zorgverzekeraars dienen een onderscheid te maken tussen formele en materiële controle en gepast gebruik. Beide moeten structureel worden uitgevoerd ter voldoening aan wet- en regelgeving en derhalve worden ingebed in het interne beheersingssysteem. In paragraaf 2.3 en 2.4 wordt hier dieper op ingegaan.

2.1 Wet marktordening gezondheidszorg

Artikel 35 lid 3 Wmg verbiedt zorgverzekeraars een tarief te betalen of aan derden te vergoeden, als:

- Er voor de prestatie geen prestatiebeschrijving op grond van artikel 50 WMG, lid 1d is vastgesteld;
- Voor een prestatie waarvoor een andere prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan op grond van artikel 50 WMG, lid 1d is vastgesteld;
- Dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie op grond van artikel 50 WMG, lid 1c is vastgesteld;
- Dat niet ligt binnen de tariefruimte die op grond van artikel 50 WMG, lid 1c alswel artikel 35 lid 1, voor de betrokken prestatie is vastgesteld;
- Anders dan op de wijze die in overeenstemming met de Wmg is vastgesteld.

Hieruit volgt dat een zorgverzekeraar alleen mag betalen als de in rekening gebrachte prestatie in overeenstemming met door de NZa vastgestelde tarief- of prestatiebeschikkingen is.

2.2 Wettelijke grondslag voor het gebruik van persoonsgegevens bij materiële controles

Bij het verrichten van controles mag de zorgverzekeraar gebruik maken van de persoonsgegevens die deze in het kader van het declaratieverkeer ontvangt. De wettelijke grondslag hiervoor ligt in artikel 87 Zvw. Artikel 87 lid 1 en lid 2 Zvw verplicht een zorgverlener die aan een verzekerde zorg of andere diensten, bedoeld in artikel 11 van de Zvw, heeft verleend, gegevens te verstrekken aan een zorgverzekeraar. Het gaat om de persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens. Dit zolang deze gegevens noodzakelijk zijn voor uitvoering van de zorgverzekering. In artikel 7.1, lid 2 van de Regeling zorgverzekering is verder uitgewerkt dat een zorgverzekeraar de eerder genoemde persoonsgegevens mag gebruiken voor het verrichten van een materiële controle. Bovendien kan het voor een materiële controle noodzakelijk zijn dat zorgverzekeraars medische persoonsgegevens opvragen bij een zorgverlener. Artikel 7.4, lid 1 stelt dat de zorgverzekeraar materiële controle verricht zoals bepaald in de artikelen 7.2, derde lid en artikel 7.5 tot en met 7.9 van de Regeling Zorgverzekering. De zorgaanbieder mag op grond van de wettelijke regeling betreffende het beroepsgeheim, gezondheidsgegevens verstrekken als een wettelijk voorschrift hem daartoe verplicht. Artikel 7.4 lid 2 bepaalt dat een zorgaanbieder verplicht is om mee te werken aan een op basis van het eerste lid van dat artikel uitgevoerde materiële controle.

2.3 Protocol materiële controle

2.3.1 Feitelijke en terechte levering

De materiële controle wordt door de zorgverzekeraar uitgevoerd met als doel te controleren of de prestatie die is gedeclareerd ook is geleverd (feitelijke levering) en of de zorg die is geleverd de zorg was waarop de verzekerde het meest aangewezen was (terechte levering)².

² Bron: nadere regel TH/NR-001 Regeling controle en administratie zorgverzekeraars, NZa

De keuze voor het al dan niet uitvoeren van leveringsonderzoeken is aan de zorgverzekeraar. Leveringsonderzoeken kunnen zorgen voor een verlaging van de zorgkosten en mogelijk voor concurrentievoordeel. Voor de feitelijke levering van de zorg is van belang of de geleverde zorg ook de verzekerde zorg is en dat de inhoud en omvang van de verzekerde zorg “mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en bij het ontbreken van een zodanige maatstaaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten”.

Het uitvoeren van een materiële controle wordt in het protocol op hoofdlijnen beschreven. Bij een materiële controle wordt gewerkt met persoonsgegevens, waaronder die betreffende iemands gezondheid. Het doel van het protocol is te zorgen dat de materiële controle op een efficiënte manier wordt uitgevoerd waarbij gebruik wordt gemaakt van controlemethoden die proportioneel zijn voor wat betreft de toegang tot additionele gegevens (gegevens die nog niet onder de zorgverzekeraar berusten). Het proportioneel inzetten van controlemethoden betekent dat pas mag worden overgegaan tot het inzetten van de zwaarste controlemethode, de detailcontrole, als er nog steeds niet voldoende zekerheid is verkregen dat de gedeclareerde zorg doel- en rechtmatig is. Bij een detailcontrole worden ‘tot de persoon herleidbare gegevens betreffende iemands gezondheid’ die berusten bij de zorgaanbieder of verzekerde, gebruikt.

2.4 Protocol formele controle

Formele controle is een onderzoek waarbij wordt nagegaan of het tarief dat door de zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:

- Een prestatie betreft, welke geleverd is aan een bij Coöperatie VGZ verzekerde persoon;
- Een prestatie betreft, welke 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 is goedgekeurd of vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen.

Bij de verwerking van de declaraties worden eerst door het systeem een aantal (systeem)controles uitgevoerd. Bij de verwerking van declaraties worden de controles uitgevoerd. Deze controles zijn rechtlijnig van aard, dat wil zeggen dat die worden uitgevoerd op de gegevens die Coöperatie VGZ in haar systeem heeft opgeslagen en waar wettelijke regelgeving, verzekeringsvoorwaarden en contractafspraken aan ten grondslag (kunnen) liggen. De resultaten van de formele controle kunnen, afhankelijk van de bevindingen, zowel leiden tot actie in de richting van de zorgaanbieder, als in de richting van de verzekerde.

Een deel van de formele controle kan niet vóór het moment van betalen worden uitgevoerd of zou tot vertraging in de betaling leiden. Om die redenen worden sommige formele controles achteraf, dus ook na betaling, uitgevoerd.

2.5 Gepast gebruik

In samenspraak met de afdeling Medisch Advies gaat de afdeling Controles, intensiever controleren op gepast gebruik. Hiervoor wordt onder andere de Stand Wetenschap & Praktijk (SWEP) gebruikt in de uit te voeren controles.

In 2014 maakt het onderwerp “stand van de wetenschap” onderdeel uit van de risicoanalyses. In deze risicoanalyses is tevens rekening gehouden met maatschappelijke signalen en van verzekerden, standpunten van het CVZ, uitkomsten uit (eigen) formele en materiële controles, signalen van andere afdelingen (fraude en klacht en bezwaar), inbreng vanuit Zorginkoop (bijvoorbeeld selectieve inkoop, stellen van voorwaarden, en aanvullende afspraken).

2.6 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa is volgens Wmg artikel 16, onder b, belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld. In de inleiding van dit hoofdstuk staat dat de wettelijke grondslag voor materiële controles in de Zvw en de Regeling Zorgverzekering is geregeld. De NZa kan de bepalingen in de Zvw over de verwerking van persoonsgegevens bestuursrechtelijk handhaven met een last onder dwangsom en/of een bestuurlijke boete (artikel 83 respectievelijk artikel 89 Wmg). Jaarlijks doet de NZa onderzoek naar de juistheid van de vereveningsopgaven die zorgverzekeraars indienen

(vereveningsonderzoek). In de jaarstaat Zvw, onderdeel A, zijn onder meer de kosten per prestatie (verstrekkingsoort) opgenomen. De jaarstaat is voorzien van een accountantsverklaring. Voor het afgeven van de verklaring moet de externe accountant van de zorgverzekeraar een juistheidonderzoek met een tolerantie van 95% betrouwbaarheid en 97% nauwkeurigheid doen.

3. Controleproces

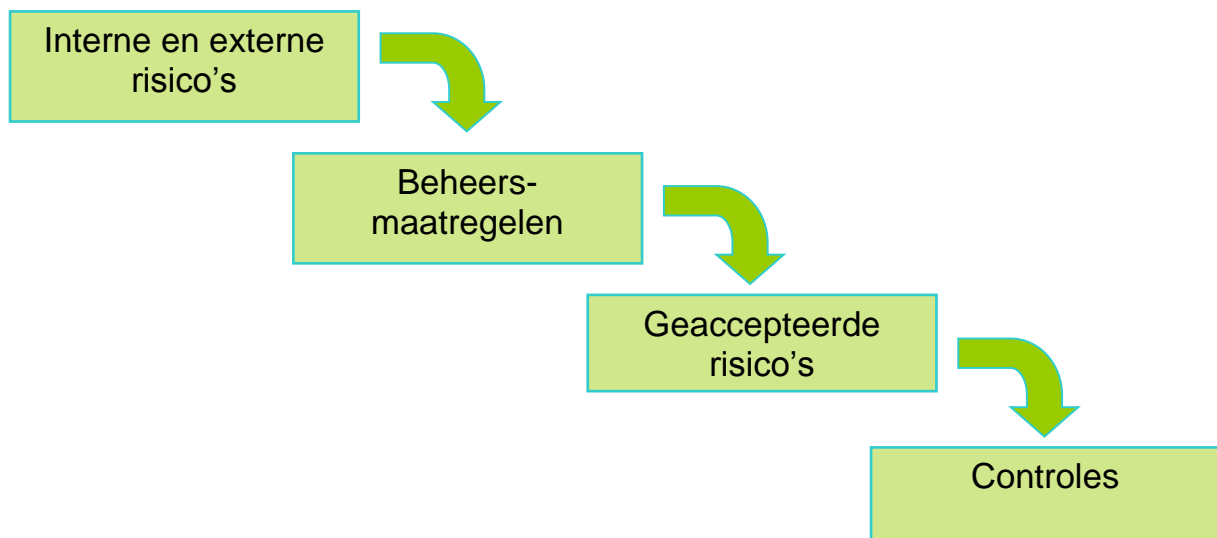
De controleaanpak is voornamelijk gericht op het op een zo efficiënt mogelijke wijze een oordeel kunnen geven over de feitelijke en terechte levering van de gedeclareerde zorg.

Per zorgsoort heeft een algemene risicoanalyse plaatsgevonden. Tijdens deze risicoanalyse zijn risico's benoemd, gekwantificeerd en bekeken wat de beste beheersmaatregelen voor deze risico's zijn. Dit kunnen formele- en materiële achterafcontroles zijn, maar ook systeemcontroles, aanpassingen in het contract, instructies aan zorgaanbieders, opstellen machtiging e.d. De risico's welke we gaan beheersen d.m.v. het uitvoeren van een achterafcontrole, zijn opgenomen in Controleplan 2014.

Het controleplan is een dynamisch document. Dit betekent dat actuele ontwikkelingen (intern en extern) en ministeriële beslissingen, impact kunnen hebben op het controleplan of op de controleaanpak. Indien noodzakelijk wordt het controleplan gedurende het jaar aangepast.

Het uitgangspunt van de controleaanpak is gebaseerd op een risicoanalyse. Op basis daarvan wordt vastgesteld in welke mate gesteund kan worden op de binnen Coöperatie VGZ aanwezige interne beheersmaatregelen. De risico's kunnen worden beïnvloed door interne en externe ontwikkelingen.

Vervolgens wordt vastgesteld welke risico's door de organisatie worden geaccepteerd, dit rekening houdend met de normen die de NZa stelt ten aanzien van de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid.



Uit de risicoanalyse en de hierbij horende kwantificering van de risico's, blijkt welke risico's de zorgverzekeraar loopt op de feitelijke en/of terechte levering van zorg en in welke mate. Aan de hand van deze analyse bepaalt de afdeling Controles de verdere controle-instrumenten die moeten worden ingezet in het kader van de beheersing van de schadelast. Om de schadelast te kunnen beheersen werkt de afdeling Controles met een 8-delig stappenplan welke wordt beschreven in paragraaf 3.1 tot en met 3.8.

3.1 Stap 1: Vaststellen controledoel

Voordat er daadwerkelijk gestart wordt met de controles, wordt het (de) controledoel(en) vastgesteld. Hierbij wordt rekening gehouden met de regels die de NZa heeft opgesteld met betrekking tot de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (controles).

3.2 Stap 2: Uitvoeren algemene risicoanalyse

In de risicoanalyse worden binnen de vastgestelde controledoelen, de risico's geïdentificeerd en vastgesteld. De risicoanalyse wordt uitgevoerd met gebruikmaking van wet- en regelgeving (ministeriële beleidsbeslissingen), controles van voorgaande jaren, landelijke cijfers, signalen op basis van datamining,

pakketwijzingen CVZ, ervaringen met zorgverleners, klantervaringen van verzekerden, signalen van andere zorgverzekeraars en medewerkers.

3.3 Stap 3: Beheersmaatregelen

In de volgende paragrafen worden de benodigde instrumenten beschreven.

3.3.1 Systeemcontrole

Voor de juistheid van de verantwoorde (geboekte) schade wordt gesteund op het declaratieproces. Bij de verwerking van declaraties wordt eerst door het systeem een aantal automatische controles uitgevoerd, de zogenaamde systeemcontroles. Deze controles zijn rechtlijnig van aard. Dat wil zeggen dat zij uitgevoerd worden op de gegevens die Coöperatie VGZ al ter beschikking heeft. In dit verband dient ook vastgesteld te worden of er gedurende het jaar geleund kan worden op de vergoedingsregels, screeningseisen, prestatie-afstemmingsregels, afstemmingsbegrenzingsregels en samenhangregels (systeem: Oracle Health Insurance) en de gebruikte tabellen (voor bijvoorbeeld tarieven, maar ook overeenkomsten).

3.3.2 Beoordelen AO/IC, accountantsverklaring en bestuursverklaring zorgaanbieder

Een accountant van een zorgverlener kan de AO/IC controleren (bijvoorbeeld SAS 70 of ISAE3402verklaring) of het bestuur van de zorgverlener kan een bestuursverklaring afgeven.

3.3.3 Uitvoeren statistische analyse

Bij deze analyse legt de afdeling Controles de relatie met historische gegevens en de landelijke schadegegevens (ZN en CVZ). Hierbij kan ook gedacht worden aan opvallende verbanden tussen zorgverlening, ontwikkeling van de verzekerdenpopulatie en de geleverde zorg (spiegelinformatie). Deze informatie wordt vervolgens gebruikt om individuele zorgverleners te spiegelen en eventueel significante afwijkingen ten opzichte van de (landelijke) normen te verklaren.

Activiteiten welke hierbij passen zijn:

- Het opvragen van informatie van de zorgaanbieder; bijvoorbeeld verklaring vragen voor afwijkende kengetallen;
- Het controleren van de afsprakenagenda;
- Het opvragen van informatie bij verzekerden bijvoorbeeld door het houden van enquêtes en/of als reactie op verstuurd schade/consumptieoverzichten;
- Het oproepen van verzekerden voorafgaand aan een behandeling of na afloop ervan;
- Controle op hulpmiddelen achteraf door een technisch adviseur;
- (a-select) dossieronderzoek;
- Het oproepen van verzekerden door een adviserend geneeskundige;
- Het analyseren van gegevens door medisch adviseur.

De statistische analyse bestaat tevens uit bestandsanalyses op basis van beschikbare informatie.

Bestandsanalyse wordt toegepast op alle risico's en speerpunten die benoemd en gecontroleerd gaan worden met betrekking tot de zorgkosten. De analyse vindt in eerste instantie plaats op totaalniveau en indien daar aanleiding toe is, wordt deze verder verfijnd (top down). Indien uit de statistische analyse onvoldoende zekerheid verkregen wordt over de feitelijke en/of terechte levering van de gedeclareerde zorg, worden de overige controlemiddelen ingezet om voldoende zekerheid te verkrijgen.

3.3.4 Logica/verbandscontrole

Verbandscontroles hebben als doel het leggen van verbanden tussen verschillende gegevensbronnen. Hiervoor is het noodzakelijk dat er een vast verband is, dat als uitgangspunt voor de controle gehanteerd kan worden. Bijvoorbeeld verbanden tussen verschillende zorgverleningen, zoals medicijngebruik en verrichtingen, tussen vervoer en verrichtingen of tussen verschillende verrichtingen.

3.4 Stap 4: Detailcontrole

Een detailcontrole mag uitsluitend plaatsvinden als op basis van bovenstaande paragrafen het gestelde controledoel niet bereikt is of het controledoel wel is bereikt maar er andere signalen zijn dat er toch sprake is van onvoldoende zekerheid.

Pas als uit analyse van gegevens aanwijzingen naar voren komen die een redelijk vermoeden voor niet feitelijk handelen dan wel onterecht handelen oproepen, kan Coöperatie VGZ ervoor kiezen om over te gaan tot het verkrijgen van aanvullende informatie via detailcontrole.

Onder detailcontrole wordt verstaan: onderzoek door de zorgverzekeraar naar bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen verzekerden ten behoeve van materiële controle of fraudeonderzoek.

3.5 Stap 5: Actief (op) volgen van interne en externe signalen

Naast dat er controles uitgevoerd worden op basis van de risicoanalyse en dit plan van aanpak kunnen er incidenteel gerichte onderzoeken uitgevoerd worden op basis van specifieke interne en externe signalen. Deze controles worden ad-hoc uitgevoerd, naar aanleiding van een specifiek omschreven risico, indien signalen daar aanleiding toe geven. Bij deze controles worden dezelfde uitgangspunten gehanteerd als in dit plan van aanpak beschreven.

Signalen komen onder andere vanuit Zorginkoop, Beleid, Medisch Advies, Klant Contact Centrum, Fraude, uit de resultaten van formele controles, mediaberichten en via klachten van verzekerden. Er is contact en samenwerking tussen de genoemde afdelingen en er vindt gedurende het jaar overleg plaats over eventuele nieuw gesignaleerde/gewijzigde risico's en of die aanleiding geven om de controlerichting bij te stellen.

3.6 Stap 6: Uitvoeren algemeen Plan van aanpak

De uitkomsten en het verloop van de controle worden vastgelegd in een controlerapportage. Bij het uitvoeren van het plan van aanpak wordt er onder meer rekening gehouden met de volgende aspecten:

- De financiële omvang van niet feitelijke en/of onterechte geleverde zorg;
- Op welke periode heeft de geconstateerde niet feitelijke en/of onterechte geleverde zorg betrekking;
- Eventuele eerdere fouten en/of waarschuwingen;
- Zorgvuldige afweging van gerechtvaardigde belangen;
- Signalen van buitenaf (accountant, media, andere zorgkantoren, etc.);
- Belang van verzekerden;
- Houding van de zorgaanbieder.

3.7 Stap 7: Consequenties

De uitkomsten van de uitgevoerde controles kunnen leiden tot interne en externe acties. Enkele mogelijk te nemen stappen en consequenties zijn:

- Officiële schriftelijke waarschuwing;
- Verzoek/eis tot correctie(s);
- Verzoek/eis tot verbetering van werkwijze;
- Opnieuw materiële controle over het volgende jaar;
- Stelselmatige controle;
- Aanpassen of beëindigen overeenkomst;
- Niet overgaan tot her-contracteren;
- Terugvordering en/of verrekening financiën;
- Melding aan fraudeteam;
- Externe instanties of verzekerden op de hoogte brengen van de bevindingen van de controle.

Afhankelijk van de feiten en omstandigheden kunnen de hierboven genoemde stappen en consequenties gecombineerd worden.

3.8 Stap 8: Evaluatie

De verantwoordelijkheid van het opleveren van de controleresultaten ligt bij de medewerkers van de afdeling Controles. Per gecontroleerd risico zal een controlerapportage worden opgesteld, waarin onder andere staat:

- Risico omschrijving;
- De te gebruiken controle instrumenten;
- Uitgevoerde werkzaamheden;
- Bevindingen en conclusies;
- Eventueel een advies en/of aanbeveling (over beheersmaatregelen).

Door middel van rapportages wordt de voortgang bewaakt van de controle als geheel en wordt de uitvoering, indien nodig, bijgesteld.

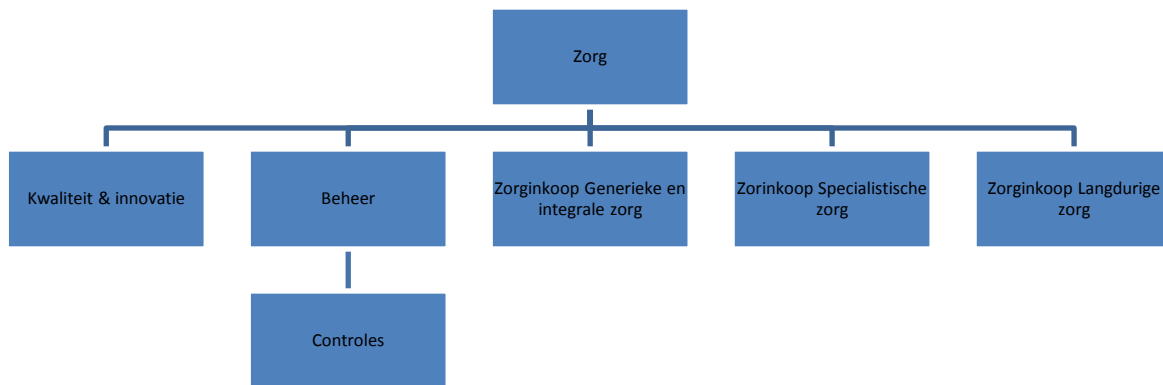
4. Uitvoering van de controles

4.1 Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

De materiële controles met betrekking tot feitelijke en/of terechte geleverde zorg worden binnen Coöperatie VGZ uitgevoerd door de afdeling Controles. Deze afdeling is gepositioneerd binnen de divisie Zorg.

De Medisch adviseurs, welke vallen onder de bedrijfstaking Kwaliteit en Innovatie, hebben een belangrijke rol bij de uitvoering van materiële controles. Allereerst bij de uitvoering van detailcontroles, omdat hierbij gebruik gemaakt wordt van informatie betreffende iemands persoonsgegevens en gezondheid. Daarnaast is het onafhankelijke advies van de Medisch Adviseurs gedurende het hele materiële controleproces essentieel.

De organisatiestructuur en verdeling binnen het bedrijfs onderdeel Zorg is als volgt weer te geven:



4.2 Dossievorming

Van de uitgevoerde controles vindt verslaglegging plaats door middel van een dossier om verantwoording af te kunnen leggen en toetsing door de toezichthouders mogelijk te maken. De dossiers worden na afronding van de controle adequaat gearhiveerd en beheerd door de afdeling Controles.

4.3 Eindevaluatie en controlerapportage

De uitgevoerde controles en de bevindingen hieruit, alsmede de wijze waarop hieraan opvolging is gegeven, worden gedocumenteerd in een afsluitend statusoverzicht en worden gerapporteerd aan alle belanghebbende partijen. In deze controlerapportage zijn minstens de volgende onderwerpen beschreven: de omvang van het gecontroleerde risico, de geconstateerde afwijking/fout, de wijze waarop is omgegaan met deze afwijking/fout en de periode waarover het risico is gecontroleerd.

Addendum Algemene risico analyse

Uitgangspunt bij de algemene risicoanalyse zijn risico's op de volgende domeinen:

- Feitelijke levering van de zorg:
 - het risico dat er geen feitelijk recept of verwijzing aanwezig is, zodat men niet aan de eisen voldoet voor levering van de gedeclareerde zorg.
 - Feitelijke levering: Het risico dat de gedeclareerde zorg niet daadwerkelijk is verleend.
 - Terechte levering: het risico dat de verleende zorg niet de meest aangewezen zorg was in het licht van de gezondheidstoestand van de patiënt.
- Gepast gebruik van de zorg. Nader onder te verdelen in:
 - Risico dat zorg niet voldoet aan wat binnen wetenschap (evidence based) en praktijk (richtlijnconform handelen) gangbaar is;
 - Risico dat zorg niet redelijkerwijs aangewezen zorg betreft. Hierbij zijn de principes van stepped care van belang. Dat wil zeggen dat een bepaalde volgorde in de zorg wordt aangehouden. Er wordt pas naar zwaardere, ingrijpendere of duurdere zorg overgegaan als minder zware, ingrijpende of goedkopere zorg geen (verwacht) effect heeft;
 - Risico dat zorg niet aan in de wetgeving expliciet opgenomen (indicatie)voorwaarden voldoet.

Coöperatie VGZ heeft de algemene de gedefinieerde risico's per verstrekking (Zvw) uitgevoerd. In deze strekking worden de risico's dan ook gegroepeerd.

De betreffende risico's zijn geselecteerd op basis van onder andere omvang, maatschappelijk belang en integriteit van handelen. Aangezien de algemene risicoanalyse tijdens het verantwoordingsjaar periodiek wordt herijkt, is de onderstaande opsomming van risico's niet limitatief.

1. Medisch specialistische zorg

Controle onderwerp

- **DubDec:** Risico dat onterechte parallelle en seriële DBC's worden gedeclareerd en vergoed terwijl deze volgens de NZa-registratie- en declaratieregels niet zijn toegestaan.
- **DCM;**
 - Risico dat onterechte parallelle en seriële DBC-zorgproducten, add-ons en O(V)P-zorgproducten en O(Z)P-zorgproducten worden gedeclareerd en vergoed, terwijl deze volgens de Nza-registratie- en declaratieregels niet zijn toegestaan.
 - Risico op het onjuist toepassen van de afsluitregels zoals de NZa deze heeft bepaald.
- **Overgang DBC/DOT:** Risico dat de overgangsregels tussen DBC's en DBC-zorgproducten niet juist zijn toegepast waardoor onterecht DBC's en DBC-zorgproducten worden gedeclareerd en vergoed.
- **Dubbel ordertarief:** Risico dat bij toepassing van onderlinge dienstverlening zowel door de hoofdbehandelaar als de deelbehandelaar wordt gedeclareerd.
- **U-bocht spiraaltjes:** Risico dat de uitgifte van een spiraaltje middels een U-bocht constructie (via de apotheker) wordt gedeclareerd, terwijl deze ook al vergoed is vanuit de behandeling.
- **OvP eerste lijn:** Risico dat er OVP's (Overige Verrichte Prestaties) worden vergoed terwijl er al een tarief is vergoed middels een DBC Zorgproduct.
- **OvP icm DBC Zorgproduct:** Risico dat er OVP's (Overige Verrichte Prestaties) worden vergoed terwijl er al een tarief is vergoed middels een DBC Zorgproduct.
- **OvP medisch specialist:** Risico dat er OVP's (Overige Verrichte Prestaties) worden vergoed terwijl er al een tarief is vergoed middels een DBC Zorgproduct.
- **Verwijsregistratie:** Het risico dat de verwijzing voor het gedeclareerde DBC Zorgproduct niet voldoet aan de door de NZa gestelde eisen.
- **Klinische DBC's SEH gerelateerd Volmachten:** Het risico dat er klinische dbc's voor SEH gerelateerde specialismen worden uitbetaald welke niet voldoen aan de door de NZa gestelde eisen gespecificeerd op de volmachten.
- **Klinische DBC's niet SEH gerelateerd:** Het risico dat er klinische dbc's voor niet SEH gerelateerde specialismen worden uitbetaald welke niet voldoen aan de door de NZa gestelde eisen.

- **MRI:** Het risico dat er een MRI wordt gedeclareerd als Ondersteunend Product terwijl er al een tarief is vergoed middels een DBC Zorgproduct.
- **Duur klinische DOT's en Verpleegdagregistratie:** Het risico dat er klinische DBC Zorgproducten worden uitbetaald die niet voldoen aan de daarvoor geldende wet- en regelgeving, het risico dat er onnodig dure klinische DBC Zorgproducten gedeclareerd worden en het risico op het onjuist registreren van verpleegdagen.
- **Gynaecologie:** Risico dat er door zorginstellingen onnodige of onnodig dure (upcoding) DBC Zorgproducten worden gedeclareerd alsmede dat de afsluitregels van deze DBC's niet juist worden nageleefd waardoor er ook ten onrechte declaraties worden vergoed. Hierbij wordt vooral de aandacht gevestigd op obstetrie.
- **Cardio zwaarte en serieel:**
 - o **Serieel:** Risico dat er door een zorginstelling een onevenredig groot aantal DBC Zorgproducten gedeclareerd wordt in verhouding tot vergelijkbare instellingen.
 - o **Zwaarte:** Risico dat er onnodig dure DBC Zorgproducten worden gedeclareerd (upcoding) waardoor er onvoldoende zekerheid bestaat over de mate van terechte levering en passend gebruik.
- **Varices:** Risico dat er onnodig dure DBC Zorgproducten worden gedeclareerd (upcoding) waardoor er onvoldoende zekerheid bestaat over de mate van terechte levering en passend gebruik.
- **Scleroseren:** Risico dat er sclerocompressietherapie wordt gedeclareerd en vergoed wanneer de medische noodzaak niet evident is.
- **Orthopedie:**
 - o Risico dat er onnodig dure DBC Zorgproducten worden gedeclareerd (upcoding) waardoor er onvoldoende zekerheid bestaat over de mate van terechte levering en passend gebruik.
 - o Risico dat er niet volgens de NZA registratie- en declaratieregels is gedeclareerd waardoor er onrechtmatige declaraties worden vergoed.
- **Lumbago:** Risico dat de behandeling van chronische lage rugklachten niet voldoet aan het criterium van de stand van wetenschap en praktijk.
- **Upcoding matrix:** Risico dat er onnodig dure DBC's of DBC Zorgproducten worden gedeclareerd dan noodzakelijk (upcoding). Dit kan in beginsel alle voorkomende specialismen binnen MSZ betreffen.
- **Wet. vs Praktijk:** Risico dat behandelingen worden vergoed die niet in lijn zijn met de stand wetenschap en praktijk met als gevolg onterechte declaraties.
- **Dure geneesmiddelen:** Risico dat dure geneesmiddelen worden verstrekt door niet daartoe bevoegde instanties of zonder dat er een juiste indicatie voor is conform Bijlage 5 van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.
- **Aanspraak beperkte zorg:** Risico dat er ten onrechte declaraties uit het basispakket worden vergoed waarvoor een aanspraakbeperking geldt.
- **Diabetes Mellitus:** Risico dat er onnodig dure DBC's en DBC Zorgproducten worden gedeclareerd waardoor er onvoldoende zekerheid bestaat over de mate van terechte levering en passend gebruik.
- **Neurochirurgie icm neurologie:** Het risico dat er dubbele klinische trajecten worden gedeclareerd.
- **Circumcisie:** Risico dat er declaraties worden vergoed voor Circumcisie behandelingen die niet voldoen aan de gestelde criteria.

Controle instrument

- Benchmark / spiegelcontrole;
- Receptencontrole;
- Controle inkoopfacturen;
- Procescontrole;
- Detailcontrole indien aanleiding;
- Verzekerdenenquête indien aanleiding.

2. Geestelijke gezondheidszorg

Controle onderwerp

- **DubDec:** Risico dat meerdere DBC's per jaar per verzekerde (verkeerde toepassing DBC's) en meerdere behandelingen per dag voorkomen;

- **Dubbele deelprestaties 2012:** risico op dubbele, parallelle en seriële declaraties van deelprestaties in 2012. Risico dat meerdere DBC's per jaar per verzekerde (verkeerde toepassing DBC's) en meerdere behandelingen per dag voorkomen;
- **APZ - Klinisch vs Ambulant:** Risico dat instellingen niet volgens de richtlijnen werken (bijv. klinisch behandelen terwijl ambulante behandeling ook kan, verschillend per regio)
- **APZ – Klinische CVs:**
 - o Risico dat meer behandelminuten geschreven worden zodat een hoger daarbij behorend DBC-tarief gedeclareerd wordt.
 - o Risico dat meer behandeld wordt dan noodzakelijk (terechte levering), zodat daarbij behorend (duurder) DBC tarief gedeclareerd kan worden.
 - o Risico dat een hogere verblijfsklasse geschreven wordt zodat een hoger daarbij behorend DBC-tarief gedeclareerd wordt.
 - o Risico dat een hogere verblijfsklasse wordt toegepast dan noodzakelijk (terechte levering), zodat daarbij behorend (duurder) DBC tarief gedeclareerd kan worden.
 - o Risico dat meer ligdagen worden toegepast dan noodzakelijk (terechte levering), zodat daarbij behorend (duurder) DBC tarief gedeclareerd kan worden.
 - o Risico dat instellingen niet volgens de richtlijnen werken (bijv. klinisch behandelen terwijl ambulante behandeling ook kan, verschillend per regio)
- **APZ – upcoding behandelminuten:**
 - o Risico dat meer behandeld wordt dan noodzakelijk (terechte levering), zodat daarbij behorend (duurder) DBC tarief gedeclareerd kan worden.
 - o Risico dat meer behandelminuten geschreven worden zodat een hoger daarbij behorend DBC-tarief gedeclareerd wordt.
 - o Risico dat instellingen niet volgens de richtlijnen werken (bijv. klinisch behandelen terwijl ambulante behandeling ook kan, verschillend per regio)
- **Verslavingszorg:**
 - o Risico dat meer behandelminuten geschreven worden zodat een hoger daarbij behorend DBC-tarief gedeclareerd wordt.
 - o Risico dat meer behandeld wordt dan noodzakelijk (terechte levering), zodat daarbij behorend (duurder) DBC tarief gedeclareerd kan worden.
 - o Risico dat een hogere verblijfsklasse geschreven wordt zodat een hoger daarbij behorend DBC-tarief gedeclareerd wordt.
 - o Risico dat een hogere verblijfsklasse wordt toegepast dan noodzakelijk (terechte levering), zodat daarbij behorend (duurder) DBC tarief gedeclareerd kan worden.
 - o Risico dat meer ligdagen worden toegepast dan noodzakelijk (terechte levering), zodat daarbij behorend (duurder) DBC tarief gedeclareerd kan worden.
 - o Risico dat instellingen niet volgens de richtlijnen werken (bijv. klinisch behandelen terwijl ambulante behandeling ook kan, verschillend per regio)
- **Kind & Jeugd – Onderwijs/Dyslexie:**
 - o Risico dat meer behandelminuten geschreven worden zodat een hoger daarbij behorend DBC-tarief gedeclareerd wordt.
 - o Risico dat prestaties worden uitgekeerd die niet conform de beschreven CvZ-lijst zijn. Oorzaak kan zijn dat de CVZ lijst niet eenduidig is (aanscherping nodig) of dat prestaties niet goed zijn beschreven
 - o Risico dat meer behandeld wordt dan noodzakelijk (terechte levering), zodat daarbij behorend (duurder) DBC tarief gedeclareerd kan worden.
- **Hoofdbehandelaar & Verwijzer:**
 - o Risico dat prestaties worden gedeclareerd door een niet bevoegde aanbieder (bijvoorbeeld 1e lijns zorg gedeclareerd door 2e lijns aanbieder of dat onbevoegd 2^e lijns zorg wordt gegeven en gedeclareerd)
 - o Risico dat niet gecontracteerde zorg geleverd wordt door een gecontracteerde instelling en toch vergoed wordt tegen het volledige tarief in plaats van het restitutietarief.
 - o Risico dat 1e lijn een 2e lijns tarief declareert.
- **Aanpassingsstoornissen:** Het risico dat prestaties worden uitgekeerd die niet conform de beschreven CvZ-lijst zijn. Oorzaak kan zijn dat de CVZ lijst niet eenduidig is (aanscherping nodig) of dat prestaties niet goed zijn beschreven;

- **Stand Wetenschap en Praktijk:** Risico dat behandelingen die niet passen bij de huidige stand van zaken van de wetenschap gedeclareerd worden. Te beginnen met check op huidige CVZ standpunten en oude SWeP controles als aanleiding tot nieuwe controles in 2014. Betreft het risico dat prestaties worden uitgekeerd die niet conform de beschreven CvZ-lijst zijn. Oorzaak kan zijn dat de CVZ lijst niet eenduidig is (aanscherping nodig) of dat prestaties niet goed zijn beschreven;

Controle instrument

- Benchmark / spiegelcontrole;
- Verbandscontrole;
- Data-mining / data-analyse;
- Verzekerdenenquête;
- Procescontrole;
- Detailcontrole indien aanleiding.

3. Farmacie

Controle onderwerp

- Risico op het declareren van onnodig grote hoeveelheden geneesmiddelen.
- Risico op het declareren van een onjuist WMG tarief voor magistrale receptuur.
- Risico op het niet feitelijk aanwezig zijn van een recept dat voldoet aan de eisen voor levering van niet-preferente geneesmiddelen.
- Risico dat maagzuurremmers bij niet-chronisch gebruik gedeclareerd worden, of het eerste recept gedeclareerd wordt.
- Risico op het declareren van de geneesmiddelen die genoemd zijn op de bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering zonder aanspraak doordat er niet voldaan is aan de voorwaarden die van toepassing zijn voor de vergoeding van deze geneesmiddelen door de zorgverzekeraar.
- Risico op herhaaldelijk declareren van de geneesmiddelen die al een keer vergoed zijn (dubbel).
- Risico op het vaker dan maandelijks declareren van medicijnen voor chronisch gebruik, waar 4 jaarlijkse levering normaal is.
- Risico op het declareren van weekterhandstellingstarieven, terwijl men niet aan de daarvoor gestelde voorwaarden heeft voldaan.

Controle instrument

- Benchmark / spiegelcontrole;
- Receptencontrole;
- Controle inkoopfacturen;
- Procescontrole;
- Detailcontrole indien aanleiding;
- Verzekerdenenquête indien aanleiding.

4. Hulpmiddelen

Controle onderwerp

De volgende risico's worden bekeken voor Diabetes testmateriaal, compressiemateriaal, verbandmiddelen, dubbele declaraties, voetorthesen, extreem verbruik, gehoorhulpmiddelen en AP standaard, conform het reglement hulpmiddelen.

- Risico dat zorg wordt geleverd en gedeclareerd zonder medische/wettelijke indicatie (heeft geen indicatie, heeft indicatie niet meer of indicatie wordt ruimer geïnterpreteerd dan vastgesteld).
- Risico dat niet verzekerde zorgkosten in rekening worden gebracht (zoals onderhoudskosten, servicekosten).
- Risico dat duurder hulpmiddel wordt geleverd en gedeclareerd dan contractueel is vastgelegd (upcoding).
- Risico dat zorgkosten zonder prestatie in rekening worden gebracht.
- Risico dat zorgkosten meerdere keren via meerdere zorgsoorten worden gedeclareerd (u-bocht).
- Risico dat extreme aantallen/kosten verbruiksartikelen worden gedeclareerd.

- Risico dat normverbruik (conform overeenkomst) wordt overschreden.
- Risico dat hulpmiddel wordt vervangen terwijl het huidige nog adequaat functioneert.

Controle instrument

- Benchmark;
- Systeemcontrole;
- Procescontrole;
- Detailcontrole indien aanleiding;
- Verzekeren enquête indien aanleiding.

5. Huisartsen zorg

Controle onderwerp

- Risico op het declareren van passantentarieven terwijl verzekerde geen passant is.
- Risico op het declareren van variabiliseringsgelden terwijl men niet aan de daarvoor gestelde voorwaarden heeft voldaan.
- Risico op het onterecht declareren van meerdere verrichtingen binnen 1 declaratie.
- Risico van upcoding, andere verrichtingen worden gedeclareerd dan uitgevoerd..
- Risico dat een M&I verrichting gedeclareerd wordt in combinatie met een consult.
- Risico dat de huisarts klanten niet tijdig of te snel doorverwijst.

Controle instrument

- Benchmark;
- Systeemcontrole;
- Procescontrole;
- Detailcontrole indien aanleiding;
- Verzekerden enquête indien aanleiding.

6. Mondzorg

Controle onderwerp

- Risico op upcoding (extreme aantallen);
 - o Risico dat meer aantallen worden gedeclareerd t.o.v. aantal gebitselementen
 - o Risico dat meer gedeclareerd/behandeld wordt dan noodzakelijk (terechte levering), zodat daarbij behorend (duurder) UPT-tarief gedeclareerd kan worden.
 - o Risico dat tandartspraktijken niet volgens de richtlijnen werken
- Risico dat twee implantaten in de onderkaak geplaatst zijn zonder overeengekomen indicatiestelling. Bijvoorbeeld: niet edentaat of niet ernstig resorbeerde (geslonken) kaak;
 - o Verschuiving van Hoofdverzekering naar Aanvullende verzekering
- Risico dat UPT combinaties gedeclareerd worden in onmogelijke verbanden, conform richtlijn. Bijvoorbeeld: NZa en College Adviserend Tandartsen (CAT)
- Risico dat er behandelingen gedeclareerd worden die niet zijn uitgevoerd. Risico op feitelijke levering, de feitelijke levering wordt onderzocht. Steekproefsgewijs kunnen we verzekerden enquêteren of de zorg geleverd is aan onze verzekerden.

Controle instrument

- Benchmark/Spiegel;
- Verbandscontroles;
- Verzekerdenenquête;
- Procescontrole;
- Detailcontrole indien aanleiding.

7. Geboortezorg

Controle onderwerp

- Risico dat er naast een poliklinische bevalling in het ziekenhuis waarbij het tarief "partusassistentie" is gedeclareerd, er tevens partusassistentie wordt gedeclareerd door de kraamverpleegkundige.

Controle instrument

- Benchmark/Spiegel;
- Verbandscontroles;
- Verzekerdenenquête;
- Procescontrole;
- Detailcontrole indien aanleiding.

8. Ketenzorg

Controle onderwerp

- Risico dat behandelingen die gefinancierd worden vanuit de zorgpaden, separaat nogmaals gedeclareerd worden (2^e lijn).
- Risico dat behandelingen die gefinancierd worden vanuit de zorgpaden, niet uitgevoerd zijn.

Controle instrument

- Verzekerden enquête;
- Detailcontrole indien aanleiding.

9. Paramedische zorg

Controle onderwerp

- Risico dat declaraties fysiotherapie als er twee behandelingen of een lange behandeling op één dag hebben plaats gevonden, opgeknipt worden over meerdere dagen.
- Risico op het langer dan 12 maanden declareren van behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie bij postoperatieve indicaties.

Controle instrument

- Procescontrole;
- Detailcontrole indien aanleiding;

10. Zorgvervoer

Controle onderwerp

- Het risico dat ambulancevervoer ten onrechte zowel via het ziekenhuis als via de ambulancedienst wordt gedeclareerd
- Risico op dubbele declaraties (zowel binnen de RAV-dienst als wel over de RAV-dienst heen, dan wel binnen één declaratie en in meerdere declaraties)
- Extreem gebruik per consumerende verzekerde.
- Risico dat het aantal gedeclareerde kilometers niet overeenkomt met het daadwerkelijk aantal gereden/beladen kilometers conform ANWB routeplanner (VGZ Standaard).

Controle instrument

- Verbandscontrole;
- Data-mining / data-analyse;
- Verzekerdenenquête;
- Procescontrole;
- Detailcontrole indien aanleiding.