



Voorwoord

- 1. Wettelijk kader**
- 2. Doel materiële controle**
- 3. Uitvoering materiële controle**
- 4. Medisch adviseur**

Voorwoord

In regelingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden regels gesteld over materiële controle (waaronder detailcontrole) door verzekeraars bij de uitvoering van de zorgverzekering en andere ziektekostenverzekeringen, zoals de aanvullende ziektekostenverzekering en de AWBZ-verzekering. De reden daarvan is dat bij de uitvoering van materiële controle, en detailcontrole in het bijzonder, door verzekeraars persoonsgegevens kunnen worden verwerkt, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Tezamen met de genoemde wetten bepalen deze ministeriële regelingen niet alleen onder welke omstandigheden verzekeraars ten behoeve van materiële controle persoonsgegevens mogen verwerken van verzekerden, maar regelen zij ook de uitzondering op het wettelijk geregelde medisch beroepsgeheim van de zorgaanbieder wanneer dat noodzakelijk is ten behoeve van materiële controle.

Het doel van materiële controle is het verwerven van voldoende zekerheid dat sprake is van rechtmatigheid en doelmatigheid van de gedeclareerde zorg. Het uitvoeren van materiële controle is een vereiste voor het inbrengen van declaraties door de zorgverzekeraar in het vereveningssysteem. Daarnaast is het inherent aan het verzekeringsbedrijf. De uitvoering van materiële controle op de ten laste van de zorgverzekering en de AWBZ komende zorg vloeit dus voor een belangrijk deel voort uit bepalingen van de NZa, als autorisator van de ingebrachte declaraties. Daarnaast dragen verzekeraars in het kader van hun zorgplicht een medeverantwoordelijkheid voor het verkrijgen van verantwoorde, kwalitatief goede zorg voor hun verzekerden.

Deze belangen kunnen sporadisch met zich brengen dat de verzekeraar ten behoeve van materiële controle persoonsgegevens betreffende de gezondheid moet verwerken. Gelet op het belang van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde stelt de genoemde regelgeving daarbij wel de eis dat het noodzakelijk is de bedoelde persoonsgegevens te verwerken omdat het met materiële controle gediende doel niet kan worden bereikt op een wijze die de privacy van de verzekerde minder belast (proportionaliteit).

Verzekeraars willen transparant zijn wat betreft de wijze van uitvoering van materiële controles en de afwegingen die zij maken met betrekking tot de in te zetten controlemiddelen. Dat draagt niet alleen bij aan verdere professionalisering en vergroting van uniformiteit bij uitvoering van controles, maar kan ook het draagvlak daarvoor vergroten bij zorgaanbieders en verzekerden.

Met het oog hierop maken verzekeraars met dit Protocol inzichtelijk op welke wijze zij controledoelen vaststellen, welke controlemethodes beschikbaar zijn, onder welke omstandigheden die worden ingezet, en hoe de communicatie met zorgaanbieders en verzekerden hierover verloopt.

Verzekeraars geven met dit Protocol door zelfregulering nadere invulling aan de op hen rustende wettelijke eisen bij de uitvoering van materiële controles.

1. Wettelijk kader

In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op het toepasselijke wettelijke kader bij de uitvoering van materiële controle.

Zorgverzekeringswet

- Artikel 87 van de Zvw geeft een regeling voor de verstrekking van persoonsgegevens door een zorgaanbieder aan of ten behoeve van een zorgverzekeraar. Die regeling strekt zich mede uit over persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens.
- Artikel 87 van de Zvw biedt ook de wettelijke grondslag voor een ministeriële regeling op basis waarvan onder meer is bepaald welke persoonsgegevens (waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens) een zorgaanbieder dient te verstrekken en in welke gevallen de gegevens verder mogen worden verwerkt.
- Met toepassing van artikel 87, zesde lid, van de Zvw is in de Regeling zorgverzekering nader uitvoering gegeven aan de zojuist beschreven wettelijke verplichtingen. De regeling verplicht zorgverzekeraars (artikel 7.4, eerste lid) materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in de regeling gestelde eisen. Daarnaast legt artikel 7.4, tweede en vierde lid, zorgaanbieders de verplichting op medewerking te verlenen aan het conform die regels uitgevoerde onderzoek.
- Bij de uitvoering van de Zvw stelt de NZa over de voor de risicoverevening aan te leveren schadegegevens de eis dat er 95% zekerheid (of betrouwbaarheid) bestaat dat de Zvw-verzekerde zorguitgaven voor juist zijn, met een nauwkeurigheid of tolerantie van 3% (zie hoofdstuk 2).
- Op basis van artikel 88 Zvw zijn regels gesteld die het zorgverzekeraars mogelijk maken enquêtes onder verzekerden te houden om rechtmatigheid en kwaliteit van de zorg vast te stellen

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

- Artikel 34 van de AWBZ verplicht de zorgverzekeraar zijn werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren en de nodige maatregelen te treffen ter voorkoming van de verstrekking van onnodige zorg en van uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn.
- Artikel 53 van de AWBZ geeft een regeling voor de verstrekking van persoonsgegevens door een zorgaanbieder aan of ten behoeve van een zorgverzekeraar, en biedt ook de wettelijke grondslag voor een ministeriële regeling op basis waarvan onder meer is bepaald welke persoonsgegevens (waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens) een zorgaanbieder dient te verstrekken en in welke gevallen de gegevens verder mogen worden verwerkt. Deze regeling komt inhoudelijk overeen met de regeling op basis van artikel 87, zesde lid, Zvw.
- Met toepassing van artikel 53 van de AWBZ is in de Regeling persoonsgegevens verzekeraars AWBZ nader uitvoering gegeven aan de zojuist beschreven wettelijke verplichtingen. De regeling verplicht zorgverzekeraars in artikel 6 materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in de Regeling zorgverzekering gestelde

eisen. Artikel 7.4 van laatstbedoelde regeling legt zorgaanbieders de verplichting op medewerking te verlenen aan het conform die regels uitgevoerde onderzoek.

- Bij de uitvoering van de AWBZ stelt de NZa de eis dat er 95% zekerheid (of betrouwbaarheid) bestaat dat de Zvw-verzekerde zorguitgaven juist zijn met een nauwkeurigheid of tolerantie van 1% (zie hoofdstuk 2).
- Op basis van artikel 54 AWBZ zijn regels gesteld die het zorgverzekeraars mogelijk maken enquêtes onder verzekerden te houden om rechtmatigheid en kwaliteit van de zorg vast te stellen.

Wet marktordening gezondheidszorg

- Met toepassing van artikel 68a van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) zijn regels gegeven die voor de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekering en andere vrijwillige ziektekostenverzekeringen (anders dan op grond van Zvw en AWBZ¹) overeen komen met de hiervoor bedoelde regels voor de Zvw en de AWBZ. De regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG verplicht zorgverzekeraars in artikel 5 materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in de Regeling zorgverzekering gestelde eisen. Artikel 7.4 van laatstbedoelde regeling legt zorgaanbieders de verplichting op medewerking te verlenen aan het conform die regels uitgevoerde onderzoek.
- De verbodsbepaling van de WMG, artikel 35 stelt, ter voorkoming van zorgfraude, strafbaar dat zorgaanbieders onjuiste prestaties of tarieven in rekening brengen en dat verzekeraars dergelijke onjuiste prestatiebeschrijvingen of tarieven aan de zorgaanbieder betalen of aan de verzekerde vergoeden. Verzekeraars moeten zorgen dat zij niet in de positie worden gebracht dat zij dat verbod overtreden. Derhalve zullen zij formele en materiële controles moeten kunnen uitoefenen. Het gaat daarbij natuurlijk om dezelfde gegevens als de gegevens waarover ziektekostenverzekeraars beschikken in de regelingen op grond van artikel 87 Zvw, artikel 68a WMG en artikel 53 van de AWBZ.
- Op grond van artikel 36, eerste lid, van de WMG moeten zorgaanbieders en verzekeraars een administratie voeren waaruit in ieder geval de overeengekomen en geleverde prestaties blijken, alsmede wanneer die prestaties zijn geleverd, aan welke patiënt respectievelijk welke verzekerde die prestaties zijn geleverd, de daarvoor in rekening gebrachte tarieven en de in verband daarmee ontvangen of verrichte betalingen of vergoedingen aan derden. De zorgautoriteit kan op grond van artikel 38, tweede lid, aanvullende declaratievoorschriften maken over het specificeren van de op verrichtte prestaties betrekking hebbende rekeningen.

Burgerlijk Wetboek (BW)

- Titel 7 van Boek 7 van het BW geeft een wettelijke regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Artikel 7:457, eerste lid, bepaalt dat de hulpverlener ervoor zorg draagt, dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van het dossier worden verstrekt, dan met toestemming van de patiënt of indien het bij of krachtens de wet bepaalde de hulpverlener daartoe verplicht.

¹ Denk hierbij bijvoorbeeld aan ziektekostenverzekeringen ten behoeve van tijdelijk in Nederland verblijvende, maar niet (Zvw)verzekeringplichtige, personen.

- De in artikel 7:457 BW vereiste noodzakelijke wettelijke verplichtingen zijn te vinden in artikel 7.4 van de Regeling zorgverzekering. Die wettelijke voorschriften verplichten de hulpverlener tot verstrekking van de in de voorgaande bullet bedoelde persoonsgegevens, mits de zorgverzekeraar het onderzoek uitvoert zoals in deze regelingen is bepaald. Daarnaast is in deze regelingen een onderdeel opgenomen (voor wat betreft de Regeling zorgverzekering artikel 7.2, onderdeel i) dat zorgaanbieders verplicht tot verstrekking van overige gegevens die noodzakelijk zijn voor het verrichten van materiële controle en fraudeonderzoek. In de toelichting bij deze regelingen is onder meer vermeld: “Dat onderdeel introduceert geen nieuwe verplichting en vormt geen wijziging ten opzichte van de huidige situatie, maar is opgenomen om buiten twijfel te stellen dat er een wettelijke grondslag is voor het door de verzekeraar beschikken over gegevens die bijvoorbeeld afkomstig kunnen zijn uit het medisch dossier van de verzekerde, alsmede voor de verplichting van de zorgaanbieder die gegevens beschikbaar te stellen”. In de regelingen op grond van de AWBZ en de WMG worden die wettelijke verplichtingen van overeenkomstige toepassing verklaard. Bij de uitoefening van zijn wettelijke bevoegdheid moet de zorgverzekeraar – naast het aantonen van de noodzaak – zich houden aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en zorgvuldigheid

Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).

- Artikel 16, van de Wbp verbiedt de verwerking van persoonsgegevens die betrekking hebben op de gezondheid, behoudens indien gehandeld wordt met inachtneming van de artikelen 21 en 23 van die wet.
- Artikel 21 Wbp (voor zo ver hier van belang) verklaart het verbod van artikel 16 niet van toepassing indien de verwerking geschiedt door verzekeraars als bedoeld in artikel 1:1 van de Wet op het financieel toezicht voor zo ver dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de overeenkomst van verzekering of de beoordeling van het door de verzekeraar te verzekeren risico en de betrokkene geen bezwaar heeft gemaakt. Verwerking mag ook geschieden door bestuursorganen (zoals de verzekeraar als uitvoerder van de AWBZ) voor zo ver dat noodzakelijk is voor een goede uitvoering van wettelijke voorschriften.
- Bij de uitvoering van materiële controle zijn twee belangrijke uitgangspunten van de Wbp in het bijzonder van belang: dat verwerking van persoonsgegevens ten behoeve van materiële controle alleen toegestaan is als dat voor het doel noodzakelijk is en niet op een andere manier kan worden bereikt (noodzakelijkheid en subsidiariteit) en dat geen zwaarder, de privacy meer belastend, middel wordt ingezet dan voor het bereiken van het doel ook een lichter middel kan worden ingezet (proportionaliteit).

2. Doel materiële controle

In de toelichting van de Regeling zorgverzekering wordt uiteengezet dat aan de declaratie van zorg een verdergaande betekenis moet worden toegekend dan louter die van betaaltitel van de verzekeraar aan de zorgaanbieder. De toelichting zegt: “De kern van de declaratie wordt gevormd door de prestatiebeschrijving. Kern van de prestatiebeschrijving is een strikte relatie tussen de prestatie waarvoor de verzekerde is verzekerd, de aan deze door een zorgaanbieder geleverde prestatie, het in verband met die prestatie in rekening gebrachte tarief en het door de verzekeraar aan de zorgaanbieder te betalen of aan de verzekerde te vergoeden bedrag voor de kosten van die prestatie. De verzekeraar moet kunnen vaststellen dat deze strikte relatie (verzekerde prestatie – geleverde prestatie – in rekening gebrachte tarief – te betalen/vergoeden bedrag) er is. Zonder formele en materiële controle door de zorgverzekeraar is dat niet mogelijk.’

Voor de uitvoering van materiële controle zijn diverse instrumenten noodzakelijk, waaronder soms detailcontrole. Detailcontrole is het verzamelbegrip voor controlemethodes waarbij de zorgverzekeraar persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de eigen verzekerden verwerkt die berusten bij de zorgaanbieder. In verreweg de meeste gevallen is geen detailcontrole nodig, omdat veelal minder vergaande vormen van controle soelaas kunnen bieden. In die gevallen is detailcontrole niet alleen onwenselijk, maar gelet op de Wbp ook onrechtmatig. Belangrijke voorwaarden voor detailcontrole zijn dat de beoogde informatie noodzakelijk is voor het controledoel, alleen door detailcontrole kan worden verkregen, en dat de inzet van dit controle-instrument proportioneel is met het controledoel. Daarmee wordt zowel tegemoetgekomen aan het belang van de verzekerde bij bescherming van diens persoonlijke levenssfeer, aan het belang van zorgverzekeraars bij controles, als aan het belang dat zorgaanbieders hebben bij duidelijkheid over de vraag of de wettelijke regeling van het medisch beroepsgeheim in de weg staat aan het verstrekken van persoonsgegevens betreffende de gezondheid.

definitie

In de Regeling zorgverzekering (art. 1 lid 1 sub z) wordt materiële controle gedefinieerd als “een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde”. Het eerstgenoemde doel van het onderzoek (is de gedeclareerde prestatie geleverd) is derhalve gericht op rechtmatigheid, het tweede doel (was de geleverde prestatie gezien de gezondheidstoestand aangewezen) betreft de doelmatigheid. Het doel van materiële controle is niet om met absolute zekerheid te kunnen vaststellen dat in *alle* gevallen sprake is van rechtmatigheid en doelmatigheid. Controle-inspanningen die zich daarop richten zouden niet alleen uitermate arbeidsintensief, en daarmee kostbaar, inefficiënt en onaantrekkelijk zijn voor de verzekeraar, maar zouden ook de zorgaanbieder en de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde onevenredig kunnen belasten. Verzekeraars hebben dan ook niet de inzet absolute (100%-) zekerheid te verwerven. Zoals in het voorwoord is opgemerkt, hebben verzekeraars het doel van materiële controle begrensd tot het verwerven van *voldoende zekerheid* dat er ten algemene sprake is van rechtmatigheid en doelmatigheid bij de gedeclareerde zorg met een bepaalde mate van nauwkeurigheid. De verzekeraar geeft, met inachtneming van het voorgaande, nadere invulling aan de norm van

voldoende zekerheid of betrouwbaarheid en een bepaalde mate van nauwkeurigheid, waarbij hij acht slaat op de normen die door toezichhoudende instanties worden gesteld.

Algemeen: de begrippen steekproef, betrouwbaarheid en nauwkeurigheid

Een steekproef, een statistisch begrip, is een selectie uit een totale populatie ten behoeve van een meting van bepaalde eigenschappen van die populatie. Op verschillende manieren kan een steekproef worden verkregen. Als alle elementen uit de populatie dezelfde kans hebben om in de steekproef te worden opgenomen, is sprake van een aselechte steekproef. Van een selecte steekproef is sprake wanneer de elementen niet op toevalsbasis uit een populatie worden genomen. De keuze voor een meting met behulp van een steekproef in plaats van de totale populatie wordt bepaald door de volgende overwegingen:

- bij een populatie van grote omvang is het praktisch ondoenlijk alle elementen te meten
- als de metingen kostbaar zijn kan men slechts een beperkt aantal metingen doen
- bij destructief onderzoek zou de hele populatie verloren gaan
- als snelheid gewenst is, kan niet de hele populatie onderzocht worden
- als er geen al te grote nauwkeurigheid verlangd is, kan met een steekproef worden volstaan
- het is gemakkelijker slechts een deel van de populatie te onderzoeken.

De begrippen betrouwbaarheid (soms: zekerheid) en nauwkeurigheid (soms: tolerantie) worden hier nader toegelicht. In dit geval zijn het eisen aan een steekproef, zodanig dat een uitspraak gedaan kan worden over de gehele populatie declaraties, dus ook over de declaraties die niet in de steekproef zaten. De omvang van de steekproef wordt op statistische grondslagen bepaald en hangt af van de vooraf gedefinieerde vereiste betrouwbaarheid en nauwkeurigheid.

Een controle op juistheid, die uitgevoerd wordt met 95% betrouwbaarheid en een nauwkeurigheid van 5% betreft in feite een steekproef op een populatie van (in dit geval) zorgaanbieders-declaraties.

Er is een mathematisch verband tussen *steekproefomvang*, *betrouwbaarheid* en *nauwkeurigheid* (ook wel tolerantie genoemd).

95% *betrouwbaarheid* wil zeggen dat (minstens) 19 van de 20 onderzochte declaraties in de steekproef voldoen aan de vooraf gestelde eisen inzake rechtmatigheid en doelmatigheid en geven daarmee tevens een beeld van de gehele populatie. Hoe hoger de vereiste betrouwbaarheid, hoe groter de steekproef moet zijn. 95% betrouwbaarheid wil dus niet zeggen dat 5% onbetrouwbaar en derhalve niet juist is.

3% *nauwkeurigheid* wil zeggen dat de uitspraak over de gehele populatie 3% hoger of lager ligt dan de uitkomst, die volgt uit de steekproef. Indien bij een steekproef van bijvoorbeeld 1.104 declaraties 96% van de declaraties juist is, kan dus met 95% betrouwbaarheid gesteld worden dat van de gehele populatie van 20.000 declaraties 93% tot 99% juist is. Ook hier zal een kleinere nauwkeurigheid dus een grotere steekproef betekenen.

rechtmatigheid

Wat bij de controle van *rechtmatigheid* (of juistheid) onder ‘voldoende zekerheid’ moet worden verstaan, wordt voor de AWBZ en de Zvw bepaald door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Vanaf 2010 hanteert de NZa voor de AWBZ de eis van rechtmatigheid met een betrouwbaarheid van ten minste 95% en een nauwkeurigheid van 1%. Voor de juistheid van de aangeleverde gegevens voor risicoverevening in de Zvw geldt een betrouwbaarheid van ten minste 95% en een nauwkeurigheid (of tolerantie) van 3%. Deze voorschriften verplichten de verzekeraar er derhalve zowel toe dat deze bij de uitvoering van de AWBZ en de Zvw rechtmatigheidscontroles verricht, als dat daarbij de genoemde normen worden toegepast. De verzekeraars dienen deze grens niet alleen als minimumgrens, maar tegelijkertijd, omwille van de daarmee gepaard gaande administratieve lasten bij zowel zorgaanbieders als verzekeraars, als maximumgrens te hanteren. Bovendien dienen zij ten behoeve van een uniforme en transparante uitvoering van het verzekeringsbedrijf en de

verwerking van persoonsgegevens daarbij de genoemde Zvw-norm ook toe te passen ten aanzien van de controle van de rechtmatigheid van uitgaven bij de aanvullende en particuliere ziektekostenverzekering.

doelmatigheid

Voor wat betreft hetgeen onder controle van *doelmatigheid* onder voldoende zekerheid wordt verstaan is artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering van belang. Daarin geldt dat de inhoud en omvang van onder de Zvw verzekerde zorg “mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten”. De verzekeraar maakt zoveel mogelijk inzichtelijk welke maatstaven bij deze beoordeling gelden, op grond van artikel 7.5, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering. Hiermee is het kader inzichtelijk gemaakt dat de zorgverzekeraar hanteert bij de beoordeling van doelmatigheid. Het verdient opmerking dat doelmatigheid zich in het algemeen minder goed dan rechtmatigheid laat meten of zich laat vangen in een tevoren nauwkeurig bepaalde cijfermatige score. Daarom wordt in de praktijk veelal aangesloten bij geldende behandelrichtlijnen of protocollen waaraan zorgaanbieders gebonden zijn, en worden ten behoeve van de controleerbaarheid vaak afspraken gemaakt tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder. Hierop wordt nader ingegaan in hoofdstuk 3 van dit Protocol.

Wat betreft het doelmatigheids criterium is geen door de NZa gestelde norm van toepassing. De verzekeraars dienen hieraan op gelijke wijze invulling te geven door de norm die voor de controle van rechtmatigheid in de Zvw geldt, ook te hanteren bij de controle van doelmatigheid voor zowel Zvw, AWBZ als aanvullende ziektekostenverzekering.

Specifieke signalen

Bij het voorgaande is van belang dat de geformuleerde begrenzings betrekking hebben op onderzoek dat zich richt op het totaal van de gedeclareerde zorg bij een verzekeraar. Het is onder omstandigheden denkbaar dat een verzekeraar aan de declaratiegegevens of concrete signalen van verzekerden of anderszins een of meer indicaties ontleent, dat zich bij een bepaalde zorgsoort of bij bepaalde zorgaanbieders gebreken voordoen wat betreft rechtmatigheid of doelmatigheid van de gedeclareerde zorg, of mogelijk zelfs sprake is van fraude. De zorgverzekeraar zal zich bij het in te stellen onderzoek in dergelijke gevallen richten op het verkrijgen van meer zekerheid, en niet volstaan met toetsing aan de 95%-norm. Evenals voor de rechtmatigheid en de doelmatigheid, legt de verzekeraar ook daarvoor vooraf zijn controledoel vast.

Met deze invulling van het begrip “voldoende zekerheid” geven verzekeraars een kader voor de uitvoering van materiële controle, die tevens recht doet aan het proportionaliteitsbeginsel (zie hoofdstuk 1).

3. Uitvoering materiële controle

3.1 Algemeen

De op grond van de Zvw, AWBZ en WMG vastgestelde regelingen verplichten de zorgverzekeraar om materiële controle op uniforme wijze uit te voeren volgens de in deze regelingen gestelde regels. Deze regels verplichten de zorgverzekeraars in hoofdzaak tot een aantal stappen, die hier worden toegelicht. Aan deze stappen wordt in het vervolg van dit hoofdstuk meer uitgebreid aandacht besteed. Materiële controle kan een vervolg krijgen in fraudeonderzoek, maar daarnaast kan fraudeonderzoek ook een daarvan losstaande aanleiding hebben. Hierdoor zijn de regels die voor materiële controle zijn vastgesteld niet zonder meer toepasbaar in geval van fraudeonderzoek, maar kunnen en moeten die regels voor wat betreft de verwerking van persoonsgegevens voor een deel wel overeenkomstig worden toegepast.

Alvorens de aanpak wordt beschreven wordt kort ingegaan op de AWBZ en op fraudeonderzoek.

3.2. AWBZ-zorg.

Met de invoering van zorgzwaartepakketten in de AWBZ is in die wet sprake van door intramurale instellingen te leveren en te declareren individuele prestaties. Hierdoor wordt ook de AWBZ-zorg gedeclareerd op basis van geleverde prestaties die zijn te herleiden naar de verzekerde. De intramurale zorg wordt gedeclareerd in zzp's, de extramuraal geleverde zorg wordt gedeclareerd in prestaties of in functies en klassen per verzekerde. De declaratiewijze bij de AWBZ is daarmee gelijk aan de declaratiewijze bij de Zvw. De formele en materiële controles bij de AWBZ zijn daarmee ook gelijk aan de Zvw. In het verlengde daarvan is het logisch dat de bescherming van persoonsgegevens bij het uitvoeren van die controles bij de AWBZ ook hetzelfde kan zijn als bij de Zvw. Met het oog daarop worden in de Regeling persoonsgegevens verzekeraars AWBZ de bepalingen over formele en materiële controle in de Regeling zorgverzekering van overeenkomstige toepassing verklaard.

3.3. Fraudeonderzoek

De doelstelling van fraudebestrijdigsbeleid in de zorgverzekering staat als zodanig los van de materiële controle. Het fraudebestrijdigsbeleid is gebaseerd op een protocol dat onderdeel vormt van de Gedragscode zorgverzekeraars. Een actieve fraudebestrijding zorgt ervoor dat de kostbare financiële middelen daadwerkelijk aan zorg worden besteed, en niet wegvloeien naar fraudeurs. Het is dan ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar hierop een actief beleid te voeren. Een andere reden voor een actieve fraudebestrijding is financieel-economisch van aard: de zorgverzekeraar heeft een belang bij zuivere prijzen voor het zorgproduct, zodat de premie niet kunstmatig verhoogd is door fraude. Tenslotte is de integriteit van de gehele (zorg)verzekeringsbranche in het geding, fraude ondermijnt de solidariteit.

Fraudeonderzoek kan echter worden ingesteld omdat de materiële controle aanwijzingen van mogelijke fraude oplevert, die tot nader onderzoek aanleiding geven (signaal). Bij signalen zijn de regels die gelden in het kader van de materiële controle in beginsel onverkort van toepassing (art. 7.10 Regeling zorgverzekering). De specifieke risicoanalyse en het specifieke controleplan zijn nu niet geschikt, omdat het onderzoeksbelang zich hiertegen verzet.

Indien een zorgverzekeraar uit de uitgevoerde algemene controle of uit andere bron indicaties bereiken dat mogelijk sprake is van fraude, zal de verzekeraar een onderzoek uitvoeren op basis van de concrete omstandigheden. Dit onderzoek zal in het algemeen beginnen met de verificatie van het signaal dat tot het onderzoek geleid heeft. Indien het signaal een valide grond biedt voor nader onderzoek, kan dit onderzoek een detailcontrole behelzen. Tenslotte geldt ook in dit kader dat de verzekeraar niet meer gegevens zal verwerken dan voor dat doel noodzakelijk is. Ook hier geldt de proportionaliteits-eis onverkort.

3.4 Kern van verwerking persoonsgegevens en materiële controle

De kern van de aanpak van materiële controle is te zorgen voor een controlesysteem dat de betrokkenen en de persoonlijke levenssfeer zo weinig mogelijk belast. Met dat doel is gekozen voor een aanpak die bevordert dat de latere inzet van detailcontrole waar mogelijk kan worden vermeden door de inzet van niet tot personen herleidbare controlemiddelen in een vroegere fase van het onderzoek.

De inzet van het instrument detailcontrole – gezien het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde en het medisch beroepsgeheim van de zorgaanbieder – moet noodzakelijk en proportioneel zijn. Die noodzaak en proportionaliteit moeten blijken uit de specifieke risicoanalyse en het specifieke controleplan.

De specifieke risicoanalyse is er steeds op gericht om te bepalen op welke gegevens en op welke zorgaanbieder(s) of categorieën van zorgaanbieders de detailcontrole zich zal richten. Dat kunnen zorgaanbieders zijn die werkzaam zijn in een bepaalde sector van de zorg, maar ook zorgaanbieders die op grond van een meer specifieke ‘individuele’ aanleiding in aanmerking komen voor detailcontrole.

Onder de noemer detailcontrole vallen verschillende controle-instrumenten. In termen van oplopende zwaarte zijn dat: gerichte vragen aan de zorgaanbieder om met betrekking tot verzekerden ontbrekende informatie aan te leveren, inzicht in de administratie van de zorgaanbieder, inzicht in de afsprakenagenda, inzage in het medisch dossier in een individueel geval, steekproeven met inzage in het medisch dossier. De inzet van een zwaarder instrument moet steeds noodzakelijk zijn en proportioneel. De door de minister van VWS vastgestelde regelingen stellen dit voor steekproeven (ten overvloede) met zoveel woorden als eis.

Aan het toepassen van het proportionaliteitsvereiste is echter inherent, dat niet van tevoren met grote precisie kan worden voorspeld welke gegevens het onderzoek zal opleveren en hoe de omvang en ernst daarvan precies moeten worden gewogen in het licht van het geformuleerde onderzoeksdoel. Het ontwikkelen van eenduidige criteria op dit terrein, die rekening houden met alle zich mogelijk voordoende feitelijke omstandigheden en verder van tevoren precies afbakenen wanneer het instellen van een vervolgonderzoek in die omstandigheden wel of niet proportioneel is, is dan ook niet mogelijk. De regeling voorziet er daarom ook in dat de zorgverzekeraar alleen meer specifiek onderzoek kan instellen wanneer hij kan verantwoorden dat een dergelijk onderzoek proportioneel is. Doordat de zorgverzekeraar hierover transparant moet zijn, is de toepassing van de regeling toetsbaar.

3.5 Materiële controle op hoofdlijnen

Hieronder wordt in hoofdlijnen de stappen toegelicht.

In de navolgende paragraaf wordt aan de hand van een toelichtend schematische voorstelling dieper op de stappen ingegaan. De specifieke risicoanalyse en de uitvoering van detailcontroles worden gedocumenteerd op een achteraf toetsbare wijze.

a. Formuleer een controledoel²

Door het controledoel zo nauwkeurig mogelijk vast te stellen, wordt een begrenzing aangebracht in de diepgang en reikwijdte van het onderzoek. Om die reden is het belangrijk om het controledoel voldoende nauwkeurig te bepalen, zodat in redelijke mate verifieerbaar en toetsbaar is of met het uit te voeren onderzoek het controledoel is bereikt, dan wel of specifiek nader onderzoek is aangewezen.

b. Voer een algemene risicoanalyse uit op basis van beschikbare gegevens³

De algemene risicoanalyse dient een tweeledig doel. Enerzijds is die erop gericht om te bepalen – vanuit een totaalbenadering van de zorgkosten als schadelast – op welke zorgsectoren, verstrekkingen of aanbieders de materiële controle zich zal richten. Analyse van schadelastgegevens kan abstraheren van individuele zorgaanbieders. Anderzijds kan de materiële controle zich ook richten op individuele aanbieders, aan wie de verzekeraar kan vragen AO/IC-verklaringen, accountantsverklaringen of bestuursverklaringen te overleggen.

c. Stel op basis van algemene risicoanalyse een algemeen controleplan vast⁴

In het algemene controleplan worden zowel de objecten van materiële controle, als de in te zetten algemene controle-instrumenten⁵ beschreven. Het controleplan richt zich op de vraag *hoe* de zorgverzekeraar onderzoek gaat doen. Daarin beschrijft hij welke controle-instrumenten worden ingezet. Het gaat daarbij om instrumenten als de AO/IC-verklaring (dan wel bestuurs- en accountantsverklaringen), statistische analyses en verbands- en logicacontroles.

d. Voer in dit stadium van materiële controle geen detailcontrole uit⁶

In de hiervoor genoemde ministeriële regelingen is uitdrukkelijk bepaald dat detailcontrole niet mag plaatsvinden in het stadium van algemene controle.

e. Stop de materiële controle als in dit stadium het controledoel is bereikt⁷

Als uit de uitgevoerde algemene controle blijkt dat het controledoel is bereikt en er geen aanwijzingen zijn dat sprake is van onrechtmatigheid of ondoelmatigheid, stopt de controle. Als er uit die controle aanleiding wordt gevonden een ander onderzoek in te stellen wordt weer begonnen bij de eerste stap.

f. Als het controledoel niet is bereikt: maak dat inzichtelijk en toetsbaar

² Zie art. 7.5 Regeling zorgverzekering

³ Zie art. 7.6 lid 1 Regeling zorgverzekering

⁴ Zie art. 7.6 lid 2 Regeling zorgverzekering

⁵ Met algemene controle-instrumenten wordt bedoeld op onderzoeksmethoden die zijn gericht op gegevens waarover de verzekeraar zelf beschikt (dat kunnen persoonsgegevens betreffende de gezondheid zijn), alsmede op gegevens afkomstig van derden of de zorgaanbieder die *niet* herleidbaar zijn tot personen.

⁶ Zie art. 7.6 lid 3 Regeling zorgverzekering

⁷ Zie art. 7.6 lid 4 Regeling zorgverzekering

g. Formuleer een specifiek controledoel⁸

Met het inzicht uit de vorige stap kan worden overgegaan van algemene controle naar detailcontrole. De zorgverzekeraar motiveert hier waarom gelet op het nog niet bereikte controledoel de inzet van detailcontrole noodzakelijk is.

h. Voer een specifieke risicoanalyse uit en stel een specifiek controleplan vast⁹

In het controleplan worden zowel de objecten van materiële controle, als de noodzaak van de in te zetten detailcontrole-instrumenten beschreven. Maak onderscheid tussen de laatstgenoemde instrumenten en zet die op proportionele wijze in.

i. Informeer de zorgaanbieder tevoren schriftelijk over de detailcontrole¹⁰

Door aan de zorgaanbieder inzichtelijk en toetsbaar te maken waarom en op welke wijze de detailcontrole wordt uitgevoerd, is voor de zorgaanbieder zelf eenvoudiger vast te stellen dat hij verplicht is tot medewerking en het medisch beroepsgeheim daarvoor geen belemmering is.

j. Voer de controle onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur uit¹¹

De verantwoordelijkheid en betrokkenheid van de medisch adviseur waarborgt dat degene die namens de verzekeraar inzage krijgt in medische gegevens, ook de kennis en deskundigheid heeft om die gegevens te beoordelen en daarover met de zorgaanbieder te kunnen communiceren. Het aantal personen dat door de medisch adviseur betrokken wordt in de uitvoering van detailcontrole zal zo beperkt mogelijk worden gehouden.

k. Indien het controledoel niet is bereikt: overweeg inzet zwaarder middel

l. Mogelijkheid inzetten detailcontrole met toestemming verzekerde¹²

De zorgverzekeraar mag detailcontrole uitvoeren indien de verzekerde ten behoeve van de materiële controle schriftelijk toestemming aan de zorgaanbieder heeft gegeven voor verstrekking van persoonsgegevens betreffende diens gezondheid aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verwerkt bij de detailcontrole niet meer gegevens dan gelet op het onderzoeksdoel en de omstandigheden van het geval noodzakelijk is. De zorgaanbieder verstrekt bij detailcontrole met toestemming van de verzekerde aan de verzekerde die informatie die past binnen de gegeven toestemming. De zorgaanbieder heeft hierbij de verantwoordelijkheid om te toetsen of de gevraagde informatieverstrekking past binnen de noodzakelijkheidseis.

m. Stop en zie af van een zwaardere vorm van detailcontrole als het controledoel is bereikt

n. Informeer de zorgaanbieder over de uitkomsten van de detailcontrole¹³

⁸ Zie art. 7.8 lid 1 Regeling zorgverzekering

⁹ Zie art. 7.8 lid 1 sub a en b Regeling zorgverzekering

¹⁰ Zie art. 7.8 lid 1 sub e Regeling zorgverzekering

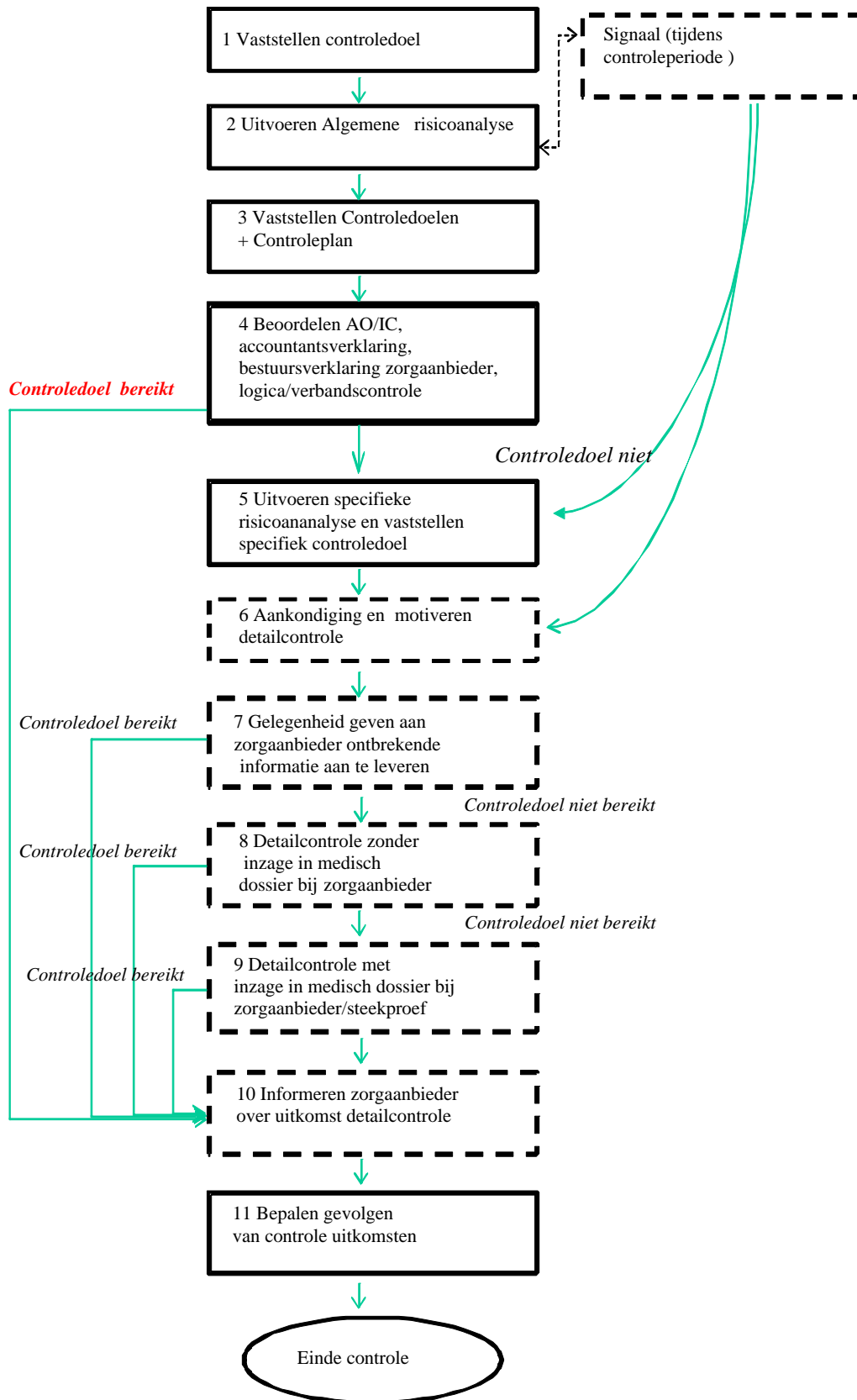
¹¹ Zie art. 7.8 lid 2 Regeling zorgverzekering

¹² Zie art. 7.8 lid 3 Regeling zorgverzekering

¹³ Zie art. 7.8 lid 4 Regeling zorgverzekering

Dit is het natuurlijke sluitstuk detailcontrole en draagt bij aan een transparante uitvoering ervan. De zorgverzekeraar informeert de zorgaanbieder als de informatie vernietigd is.

Figuur: Materiële controlestappen in schema



Stap 1. Vaststellen controledoel

Alvorens daadwerkelijk met de materiële controle te starten stelt de zorgverzekeraar zijn controleplan vast met daarin opgenomen zijn controledoelen. Hierbij dient de zorgverzekeraar rekening te houden met de door de NZa gestelde regels voor zover het de uitvoering van de Zvw betreft. Alhoewel in dit kader een minimum eis wordt gesteld conformeren zorgverzekeraars zich hier in de praktijk aan. Met betrekking tot de materiële controle voor de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekeringen geldt dat zorgverzekeraars vrij zijn bij het bepalen van hun controledoel. De zorgverzekeraars dienen in dit kader aansluiten bij het controledoel dat bepaald is voor de uitvoering van de zorgverzekering. Overigens gelden ook wat betreft de uitvoering van de AWBZ wettelijke regels. Na het bepalen van het controledoel wordt een algemene risicoanalyse uitgevoerd (Zie hoofdstuk 1 en 2).

De vaststelling door de zorgverzekeraar wanneer voldoende zekerheid is verkregen dat de geleverde prestatie het meest is aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde, geschiedt zodanig dat voor verzekerden en zorgaanbieders inzichtelijk is welke maatstaven daarbij gelden, dit met inachtneming van hetgeen in dit kader in het artikel 2.1, tweede lid Besluit zorgverzekering wordt gesteld. De verzekeraar objectiveert aldus zijn handelen, waardoor zijn controledoel transparanter is richting zorgaanbieder.

Stap 2. Uitvoeren algemene risicoanalyse.

De algemene risicoanalyse is een zorgbrede analyse door de zorgverzekeraar, die zich ook kan richten op bepaalde sectoren of categorieën van zorgaanbieders. De verzekeraar verricht deze analyse op gegevens waarover hij zelf beschikt. Uit de risicoanalyse blijkt welke risico's de zorgverzekeraar loopt op de aanwezigheid van niet rechtmatige of niet doelmatige zorg. Aan de hand van deze analyse concludeert de zorgverzekeraar waar verdere instrumenten ingezet worden in het kader van de materiële controle. Aan de hand van de resultaten van de risicoanalyse wordt een controleplan vastgesteld. Aldus heeft de algemene risicoanalyse tot doel vast te stellen of zich bij bepaalde nader te noemen categorieën van zorgaanbieders bepaalde risico's voordoen.

Stap 3. Vaststellen controledoelen en controleplan

Het controleplan vormt de basis voor de verdere materiële controle. In het controleplan komen de volgende instrumenten aan de orde:

1. Beoordelen AO/IC, accountantsverklaring en bestuursverklaring zorgaanbieder
2. Uitvoeren statistische analyse en logica/verbandcontrole

De hiervoor genoemde instrumenten worden ingezet bij algemene controle. Met betrekking tot de overgang naar detailcontrole, zie stap 6 en volgende, geldt dat detailcontrole slechts plaatsvindt als deze instrumenten niet voldoende informatie opleveren om het vastgestelde controledoel te realiseren. De verzekeraar dient in zijn controleplan aan te geven dat als het

controledoel niet wordt bereikt, detailcontrole wordt ingezet. Dit overeenkomstig het in voorkomend geval in een latere fase op te stellen specifieke controleplan. Deze is specifiek omdat hier gebruik wordt gemaakt van gegevens waarover de verzekeraar niet zelf beschikt voor de uitvoering van de zorgverzekering.

De verschillende instrumenten die de zorgverzekeraar mag inzetten zorgen ervoor dat de zorgverzekeraar zo efficiënt mogelijk voldoende zekerheid krijgt over de juistheid/rechtmatigheid van de declaratie en de doelmatigheid van de geleverde zorg en dat de controle zo min als mogelijk belastend is voor de zorgaanbieder en verzekerde. Een instrument dat in dit kader expliciet in de Regeling zorgverzekering (art. 7.5, derde, vierde en vijfde lid) is opgenomen is de mogelijkheid die de verzekeraar heeft om enquêteformulieren te zenden aan verzekerden om onderzoek te doen of de in rekening gebrachte zorg daadwerkelijk is verleend, en naar de door die verzekerden ervaren kwaliteit van de verzekerde zorg die een zorgaanbieder verleent of heeft verleend. Bij de verzending van enquêteformulieren informeert de zorgverzekeraar de verzekerde erover dat hij niet verplicht is tot beantwoording van de gestelde vragen en dat onthouden van medewerking op geen enkele wijze tot zijn nadeel zal strekken.

In het kader van de materiële controle heeft een enquêteformulier primair tot doel te controleren of de in rekening gebrachte zorg daadwerkelijk is verleend. Het informeren naar de ervaren kwaliteit vindt overwegend plaats in het kader van de zorginkoop en zal derhalve hier niet nader toegelicht worden (zie Gedragscode).

Overigens zal de zorgverzekeraar zowel het controledoel als het algemene controleplan (dat gemaakt wordt naar aanleiding van de uitkomst van de risicoanalyse) communiceren (bijvoorbeeld door dit op de eigen website te publiceren en tijdens contractsonderhandelingen met zorgaanbieders aan de orde te stellen). Aldus wordt het controleplan zowel voor de verzekerden als de zorgaanbieder beschikbaar gesteld.

Stap 4. Uitvoeren algemeen controleplan

Beoordelen AO/IC, accountantsverklaring en bestuursverklaring zorgaanbieder

In het controleplan zijn activiteiten opgenomen die dienen om het controledoel te realiseren door gegevens te controleren die de zorgverzekeraar aan de eigen administratie kan ontleen. Dit kunnen ook persoonsgegevens betreffen. Tevens kan het gaan om niet-persoonsgegevens die afkomstig zijn van de zorgaanbieder zoals een (externe) accountantsverklaring. Een zorginstelling kan zich ook verantwoorden in het kader van één van de Kaderregelingen Administratieve Organisatie en Interne Controle. Een interne accountant (of controller) van een zorgaanbieder kan dus bijvoorbeeld controleren of van iedere patiënt, waar declaraties voor zijn ingediend, een verwijzing aanwezig is in het registratiesysteem van de instelling. Daarnaast kan de zorgaanbieder een bestuursverklaring afgeven. Het bestuur van de instelling verklaart daarmee dat de interne organisatie op orde is.

Uitvoeren statistische analyse en logica/verbandcontrole

Een onderdeel van de algemene controle is tenslotte het op het declaratiebestand uitvoeren van statistische analyse en logica/verbandcontrole. Deze instrumenten zijn in alle gevallen toegestaan. Het betreft hier instrumenten die ingezet worden op gegevens waarover de zorgverzekeraar reeds beschikt door de uitvoering van de verzekering. Het belang hiervan is dat – waar mogelijk - op andere (minder ingrijpende) wijze dan via detailcontrole, instrumenten worden ingezet die ertoe leiden dat voldoende zekerheid kan worden verkregen. Het voorgaande leidt er toe dat eerst de minder ingrijpende instrumenten ingezet moeten worden om voldoende zekerheid te verkrijgen.

Bij statistische en risico- analyses legt de zorgverzekeraar relaties met historische gegevens en gegevens van andere zorgverleners. Hierbij kan ook gedacht worden aan relaties tussen zorgverlening en de ontwikkeling van de verzekerdenpopulatie en de geleverde zorg. Indien dit geen signalen voor onjuistheden oplevert en de benodigde zekerheid met deze controle-instrumenten kan worden getoetst is de controle inzake ‘rechtmatigheid’ en ‘juistheid’ hiermee uitgevoerd. Op basis van signalen uit deze analyses kunnen de verdergaande controle-instrumenten gericht worden ingezet waardoor de controle efficiënt wordt ingericht. Dit laatste is alleen toegestaan indien de resultaten van de tot nu toe algemene controle niet leiden tot de voor aanvang van de materiële controle vastgestelde controledoelen.

Ten aanzien van de geformuleerde controledoelen inzake doelmatigheid is eigen onderzoek nodig. De controle inzake doelmatigheid is een zelfstandige verantwoordelijkheid van elke zorgverzekeraar, dit met in achtneming van artikel 2.1 Regeling zorgverzekering waarin staat dat als uitgangspunt geldt dat er sprake moet zijn van gebruikelijke zorg. De kaderregeling en de verantwoording van de instellingen zien hier niet op.

Bij logica/verbandscontrole legt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld relaties tussen verschillende zorgverleningen zoals medicijngebruik en verrichtingen, tussen vervoer en verrichtingen of tussen verschillende verrichtingen (twee keer blindedarmoperatie bij één patiënt).

Indien de accountantsverklaring of de bestuursverklaring voldoende zekerheid oplevert en er ook geen andere signalen zijn (signalen uit de statistische analyse, risicoanalyse en verbandcontrole) beëindigt de zorgverzekeraar de materiële controle. Dit is wellicht anders als er andere aanwijzingen zijn dat zich gebreken voordoen wat betreft de rechtmatigheid of doelmatigheid van de gedeclareerde zorg. Artikel 7.5 en artikel 7.5a, vierde lid en de toelichting bij die artikelen, alsmede voorbeeld 1, gaan hierop in.

Voorbeeld 1 Signalen

Onderzoek bovenregionale toeslag academische ziekenhuizen

Naar aanleiding van een pilot bij één van de zorgverzekeraars ontstond de indruk dat academische ziekenhuizen in een aantal gevallen ten onrechte een bovenregionale toeslag in rekening brachten voor patiënten woonachtig buiten het werkgebied van het ziekenhuis,. Naar aanleiding van dit signaal hebben ook andere zorgverzekeraars hiernaar onderzoek gedaan.

Voorbeeld 2: Statistische controle

Aandoening staar (oogheelkunde)

Bij de aandoening staar (oogheelkunde) is vastgesteld dat de cataract operaties in meer dan 90% van de gevallen in een poliklinische setting kunnen worden uitgevoerd. De combinatie staar, cataractoperatie, met dagverpleging of opname is indien dit veelvuldig voorkomt een indicatie voor het leveren van niet-doelmatige zorg. Dat kan de betreffende zorgverzekeraar aanleiding geven aanvullend onderzoek in te stellen.

Voorbeeld 3: Statistische controle

Zieke zuigelingen in couveuse

Als blijkt dat in een bepaald ziekenhuis significant meer zuigelingen in een couveuse worden gelegd kan dit aanleiding zijn voor nader onderzoek..

Voorbeeld 4: Verbandscontrole

onderzoek naar declareren poliklinische verrichtingen in combinatie met dagverpleging

Verbandscontrole

De zorgverzekeraar heeft een overzicht opgesteld van verrichtingen die poliklinisch uitgevoerd kunnen worden en waarbij het onwaarschijnlijk is dat hierbij tevens dagverpleging aan de orde is. Vervolgens is uit het geautomatiseerde systeem een query getrokken met de combinaties van de bedoelde verrichtingen en dagverpleging. Dat kan de betreffende zorgverzekeraar aanleiding geven aanvullend onderzoek in te stellen.

Stap 5. Specifieke risicoanalyse, specifiek controledoel en specifiek controleplan

Zoals reeds eerder opgemerkt geldt dat de stap naar detailcontrole uitsluitend mag plaatsvinden als uit de bevindingen van het uitgevoerde algemene controleplan blijkt dat het controledoel **niet** is bereikt, of het controledoel wel is bereikt maar er andere signalen zijn dat er toch sprake is van onvoldoende zekerheid. In dat geval wordt een specifieke risicoanalyse uitgevoerd. Aan de hand van de resultaten van de specifieke risicoanalyse dient de zorgverzekeraar een specifiek controledoel vast te stellen met een daaraan gekoppeld specifiek controleplan. Hierin worden de objecten van materiële controle en methoden van detailcontrole opgenomen. In het specifieke controleplan wordt gekozen voor het toepassen van verschillende controle-instrumenten die aansluiten op de specifieke situatie. Duidelijk moet blijken dat het specifieke doel van de materiële controle zonder detailcontrole niet kan worden bereikt. Uit het specifieke controleplan dient te blijken dat de detailcontrole niet verder gaat, dan gelet op het met het onderzoeksdoel en de omstandigheden van het te onderzoeken geval noodzakelijk is. Tenslotte heeft de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder voorafgaand aan de uitvoering van de detailcontrole toereikende – en op verzoek van de zorgaanbieder schriftelijke – informatie verstrekt waarin wordt gemotiveerd hoe is voldaan aan de hiervoor genoemde voorwaarden.

Resumerend kan de aanleiding voor detailcontrole in elk geval voortvloeien uit:

- resultaten formele controle;
- resultaten van de uitgevoerde algemene controle;
- signalen met betrekking tot een bepaalde zorgverlener die voortvloeien uit de statistische analyse en/of verbandscontrole;

- afwijkend of onjuist aanvraagdgedrag;
- signaal van collega's van de zorgverlener, beroepsorganisatie of inspectie;
- signaal van verzekerden/patiënten;
- signaal van andere zorgverzekeraar;
- berichtgeving in de media.

Stap 6. Aankondiging en motiveren detailcontrole

De zorgverzekeraar dient het inzetten van de detailcontrole tijdig en voorafgaand aan de feitelijke controle bij de zorgaanbieder aan te kondigen. Hierbij dient de zorgverzekeraar aan te geven aan de zorgaanbieder wat de aanleiding en het doel van de controle is, op welke wijze de controle zal plaatsvinden, wat de mogelijke gevolgen zijn en binnen welke termijn de bevindingen kenbaar zullen worden gemaakt (conform het controleplan). Tevens dient de zorgverzekeraar desgevraagd aan de zorgaanbieder te motiveren op welke wijze hij invulling geeft aan de specifieke risicoanalyse, het specifieke controleplan en specifieke controle.

Voor de zorgverzekeraar is de noodzaak om de in het specifieke controleplan genoemde zekerheid te krijgen over rechtmatigheid en doelmatigheid van de geleverde zorg leidend bij de keuze van zijn instrumenten. Pas als het niet mogelijk is gebleken om met minder belastende controle-instrumenten benoemde zekerheid te krijgen zal de zorgverzekeraar zwaardere (ingrijpendere) instrumenten inzetten om deze zekerheid te verkrijgen. In het controleplan motiveert de zorgverzekeraar de keuze voor de controle-instrumenten en identificeert de punten waarop beslissingen tot inzet van zwaardere instrumenten moeten worden genomen, in het bijzonder bij steekproefsgewijze verwerking van persoonsgegevens. Overigens betekent het voorgaande niet dat alle ter beschikking staande instrumenten van detailcontrole in alle gevallen ingezet worden. Per fase dient bezien te worden van welk instrument de inzet proportioneel is.

In de aankondiging van de detailcontrole dient de zorgverzekeraar te vermelden dat indien bij de uitvoering van detailcontrole persoonsgegevens van verzekerden worden verwerkt, dit geschiedt onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur in opdracht van de zorgverzekeraar en is deze op voorafgaand verzoek van de zorgaanbieder aanwezig bij dit deel van de controle. Het voorgaande leidt ertoe dat de medisch adviseur bepaalt welke persoonsgegevens moeten worden opgevraagd bij het uitvoeren van de controle, teneinde te waarborgen dat bij de uitvoering van detailcontrole voldoende deskundigheid beschikbaar is en adequaat wordt gemotiveerd.

Wat betreft de inzet van detailcontrole zijn een aantal instrumenten te onderscheiden, waarbij sprake is van minder – wat de persoonlijke levenssfeer betreft – ingrijpende instrumenten tot een instrument dat als ingrijpender wordt ervaren door de zorgaanbieder. Het is niet toegestaan om door middel van detailcontrole persoonsgegevens te verwerken, als dat met de inzet van een algemeen controle-instrument mogelijk had kunnen worden vermeden. De zorgverzekeraar dient ook in het kader van de detailcontrole aan te vangen met de minst ingrijpende instrumenten, te weten:

1. Gelegenheid geven aan zorgaanbieder ontbrekende informatie aan te leveren
2. Detailcontrole zonder inzage in medisch dossier bij zorgaanbieder

3. Detailcontrole met inzage in medisch dossier bij zorgaanbieder
4. Informeren zorgaanbieder over uitkomst detailcontrole
5. Bepalen gevolgen van controle uitkomsten
6. Einde controle

Stap 7. Inzet detailcontrole

Als door het inzetten van het minst ingrijpende instrument het op voorhand gestelde controledoel is gerealiseerd, mag een zwaarder instrument niet ingezet worden door de verzekeraar. Inzage in het medisch dossier is alleen in uiterste instantie toegestaan. De zorgverzekeraar moet steeds motiveren dat de inzet van de onderscheiden controle-instrumenten proportioneel is met het doel van het onderzoek en de omstandigheden van het te onderzoeken geval, in het bijzonder waar tot de persoon herleidbare gegevens betreffende de gezondheid in het geding zijn.

Gelegenheid geven aan zorgaanbieder ontbrekende informatie aan te leveren

De aankondiging zoals bedoeld in stap 6 kan vergezeld gaan van het opvragen van aanvullende informatie. Met deze informatie kan de zorgaanbieder antwoord geven op de openstaande (controle)vragen, zonder dat hierbij persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid worden verstrekt. De detailcontrole die de zorgverzekeraar wil doen wordt binnen een redelijke termijn (in beginsel 2 weken) voorafgaand aan de controle aan de zorgaanbieder bekend gemaakt.

Overigens kan het ook zo zijn dat aanvullende informatie bij de verzekerde wordt opgevraagd. Soms is dit de enige mogelijkheid om volledige informatie te verkrijgen. Een voorbeeld hiervan is de zogenoemde "U-bocht controle". Deze controle wordt toegepast op farmaceutische zorg. Het benaderen van verzekerden is in dit geval de enige mogelijkheid om die informatie te verkrijgen.

Voorbeeld U-bocht-controle

In een U-bocht constructie geeft bijvoorbeeld een ziekenhuis een recept af en verzoekt de verzekerde het medicijn op te halen bij de stadsapotheek. Deze medicatie wordt vervolgens meegenomen naar het ziekenhuis om daar toegediend te worden. Intramuraal toegepaste geneesmiddelen dienen bekostigd te worden uit het totale ziekenhuisbudget, en mogen niet ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht. De stadsapotheek declareert de medicatie bij de zorgverzekeraar terwijl feitelijk het ziekenhuis deze kosten moet dragen. Dit kan alleen gereconstrueerd worden door in voorkomend geval bij de verzekerde informatie op te vragen (en niet door verbandscontroles). Alleen dan wordt inzichtelijk welke medicatie is verstrekt, en wie dit heeft toegediend. Deze essentiële aanvullende informatie wordt daarom opgevraagd bij de verzekerde. Indien een verzekerde aangeeft dat de medicatie in het ziekenhuis is toegediend wordt de controle voorgelegd aan het betreffende ziekenhuis.

Stap 8. Detailcontrole zonder inzage in het inhoudelijk medisch dossier bij zorgaanbieder

Bij dit instrument wordt gebruik gemaakt van persoonsgegevens waarover de zorgverzekeraar niet zelf beschikt. Tot de detailcontrole zonder inzage in het inhoudelijk medisch dossier worden de volgende activiteiten gerekend:

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

Voorbeeld dossiercontrole bij zorgaanbieder: Onplanbare zorg

Voor zorg die op onplanbare tijdstippen (op oproepbasis) wordt geleverd, geldt een aanvullende tariefstoeslag. De zorgverzekeraar heeft als controledoel vast te stellen dat wordt voldaan aan de eisen voor dit hogere tarief. Op basis van uitgevoerde analyses op bij de zorgverzekeraar beschikbare gegevens, wordt vastgesteld dat bij 2 aanbieders sprake is van relatief veel gedeclareerde onplanbare zorg. Op basis van deze analyses kan het controledoel niet worden behaald. De zorgverzekeraar informeert en motiveert de noodzaak tot detailcontrole, en biedt de zorgaanbieder de mogelijkheid om aanvullende informatie te verschaffen. De zorgaanbieder levert aanvullende informatie aan op basis van zijn bedrijfsadministratie waaruit blijkt dat deze zorg inderdaad na oproep is geleverd, dat wil zeggen buiten de reguliere planning om. Op basis van de ontvangen informatie, kan de zorgverzekeraar haar controledoel bereiken en eindigt de controle.

Stap 9. Detailcontrole met inzage in het inhoudelijk medisch dossier bij zorgaanbieder

Bij het uitvoeren van detailcontrole moet een zorgaanbieder de zorgverzekeraar conform het specifieke controleplan inzage verstrekken in het inhoudelijk medisch dossier. Dat kan zowel aan de orde zijn in individuele gevallen, als steekproefsgewijs. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor een zorgvuldige uitvoering van de detailcontrole, onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur. Het aantal personen dat door de medisch adviseur betrokken wordt in de uitvoering van detailcontrole zal zo beperkt mogelijk worden gehouden. Overigens geldt als uitgangspunt dat inzage in het medisch dossier alleen in uiterste instantie mogelijk is. Dit laat onverlet dat er situaties voorzienbaar zijn, waarin duidelijk is dat het specifieke controledoel alleen kan worden behaald door het uitvoeren van een steekproef, en dat andere instrumenten voor detailcontrole niet bruikbaar zijn voor het behalen van het controledoel. In een dergelijk geval hoeft de verzekeraar uiteraard niet eerst die andere stappen zoals deze gelden in, met name, de eerste fase (minder ingrijpende, maar niet tot resultaat leidende) instrumenten in te zetten. Indien zich een voorkomende situatie voordoet dient de zorgverzekeraar jegens de zorgaanbieder te motiveren waarom dit aangewezen is.

Voorbeeld individuele dossiercontrole bij zorgaanbieder: Controle geleverde zorg ZZP

De zorgverzekeraar heeft als controledoel vast te stellen dat de geleverde zorg voldoet aan de voorwaarden voor het gestelde tarief. N.a.v. signalen aan de zorgverzekeraar en berichten in de media dat de zorg verschaalt en de geïndiceerde zorg door de betreffende aanbieder niet zou worden geleverd neemt de zorgverzekeraar in het specifieke controleplan op dit te gaan onderzoeken om vast te kunnen stellen of de werkelijk aan de cliënt geleverde zorg past bij de CIZ indicatie.

Cliënt heeft een ZZP-indicatie (ZorgZwaartePakket). De zorgaanbieder declareert het bijbehorende tarief. De zorgverzekeraar wil vaststellen dat de werkelijke geleverde zorg voldoet aan de voorwaarden, i.c. dat niet minder zorg wordt geleverd, dan waarop recht

bestaat op basis van de indicatie. In de accountantsverklaring wordt (achteraf) beoordeeld in hoeverre de gedeclareerde zorg feitelijk is geleverd en past binnen de geïndiceerde zorg. Op basis van deze algemene verklaring kan de zorgverzekeraar haar specifieke controledoel niet bereiken. Op basis van een analyse op de beschikbare declaratiegegevens kan het controledoel evenmin worden behaald. De zorgverzekeraar informeert en motiveert de noodzaak tot detailcontrole, en biedt de zorgaanbieder de mogelijkheid om aanvullende informatie te verschaffen. Als de zorgaanbieder bijvoorbeeld inzicht in het zorgplan biedt aan de zorgverzekeraar, komt de gewenste informatie gedeeltelijk beschikbaar. Met deze informatie is wel de relatie tussen declaratie, CIZ indicatie en het zorgplan te maken, maar dit geeft nog niet voldoende zekerheid of de zorg ook daadwerkelijk conform het zorgplan geleverd is. Om dit te beoordelen selecteert het zorgkantoor een aantal namen van verzekerden met bijvoorbeeld een hoge ZZP, informeert de zorginstelling en maakt een afspraak om ter plaatse de detailcontrole uit te voeren. In de betreffende cliëntendossiers van de verschillende disciplines wordt beoordeeld of de geregistreerde medische, verzorgende, verpleegkundige en paramedische zorg aannemelijk is in relatie tot de CIZ indicatie. Hierbij wordt gelegenheid gegeven aan de zorgaanbieder om eventuele ontbrekende informatie alsnog aan te leveren. Op basis van de ontvangen informatie en uitgevoerde detailcontrole heeft de zorgverzekeraar haar controledoel bereikt en eindigt de controle.

Gerichte steekproeven dienen om vast te stellen of afwijkingen die zich bij een bepaalde zorgaanbieder lijken voor te doen, verklaarbaar zijn.

Aselecte steekproeven richten zich vrijwel steeds op zorgaanbieders (hoewel ook het declaratiepatroon van een verzekerde aanleiding kan zijn om ten aanzien van die verzekerde aselect onderzoek te doen bij verschillende zorgaanbieders). Voor een aselecte steekproef onder zorgaanbieders kan bijvoorbeeld aanleiding bestaan als bij het hierna genoemde voorbeeld van de behandeling van staar zou blijken dat het aandeel van de niet-poliklinische cataract operaties over de hele linie stijgt zonder dat daarvoor een goede verklaring lijkt te zijn. In een dergelijk geval kan het aangewezen zijn dat de zorgverzekeraar ten aanzien van eigen verzekerden aselect steekproeven neemt bij verschillende zorgaanbieders.

Voorbeeld steekproefsgewijze dossiercontrole

Als een zorgaanbieder bij de behandeling van staar (oogheelkunde) in 70% van de gevallen cataract operaties in een poliklinische setting uitvoert, terwijl dit percentage bij andere aanbieders op 90 ligt, kan dit aanleiding zijn voor onderzoek. Het is goed mogelijk dat de zorgaanbieder in kwestie een afwijkende patiëntenpopulatie heeft die het verschil verklaart, maar als dat alleen met een steekproef kan worden vastgesteld moet die mogelijkheid er ook zijn. Die steekproef zal uiteraard alleen betrekking kunnen hebben op eigen verzekerden.

Stap 10. Informeren zorgaanbieder over uitkomst detailcontrole

De zorgverzekeraar zal de zorgaanbieder informeren omtrent de uitkomst van de detailcontrole. In het kader van hoor en wederhoor wordt de aanbieder in de gelegenheid gesteld binnen een redelijke termijn (te denken valt aan een reactietermijn van 3 weken) op de uitkomst van de materiële controle te reageren. Op basis van de reactie van de aanbieder stelt de zorgverzekeraar de definitieve uitkomst van de controle vast en bericht deze aan de zorgaanbieder.

Stap 11. Bepalen gevolgen van controleuitkomsten

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

- de omvang van de fout/afwijking;
- normatieve bekendheid (wist hij het –bijvoorbeeld gezien de contractuele afspraken - of kon hij het weten) met zorg- en declaratievoorschriften;
- aard van de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar (ook hier geldt dat aan de relatie een overeenkomst ten grondslag kan liggen waarin gedetailleerde bepalingen kunnen zijn opgenomen in dit kader);
- eventuele eerdere fouten en/of waarschuwingen;
- opstelling van de zorgverlener (o.a. bereidheid tot medewerking onderzoek);
- zorgvuldige afweging van gerechtvaardigde belangen;
- zorgvuldige procedure (o.a. tijdige communicatie en adequate motivering door zorgverzekeraar);
- belangen van verzekerden;
- het gevolg staat in verhouding tot de geconstateerde tekortkoming;
- redelijkheid en billijkheid.

Voorbeelden gevolgen voor zorgverleners

1. Direct betrekking hebbend op de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder:
 - uitbreiden van de controle;
 - waarschuwing;
 - terugvordering/verrekening met toekomstige declaraties van de zorgverlener (inclusief de mogelijkheid wettelijke rente en kosten te berekenen);
 - opvoeren controlefrequentie;
 - aanvullende voorwaarden verstrekken aan de zorgaanbieder;
 - aanpassen of beëindiging overeenkomst (lagere tarieven overeenkomen, bepaalde declaratiecodes niet meer betalen);
 - niet overgaan tot hercontractering.
2. Externe acties:
 - Inspectie voor de Gezondheidszorg informeren;
 - melding bij de NZa;
 - klacht indienen bij tuchtrechter;
 - Economische Controle Dienst inlichten;
 - aangifte bij de politie;
 - melding door fraudecoördinator aan Externe VerwijzingsRegister (conform Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen).

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

N.B. Ook aan de uitkomst van een formele controle kunnen (nadat de onregelmatigheden aan de zorgverlener kenbaar zijn gemaakt en de zorgverlener de mogelijkheid heeft gehad te reageren) genoemde gevolgen en acties worden verbonden.

Voorbeelden van gevolgen voor verzekerden

Direct betrekking hebbend op de relatie tussen zorgverzekeraar en verzekerden:

- terugvordering van ten onrechte uitgekeerde declaraties;
- beëindigen verzekering (bij fraude).

Laatste Stap. Einde controle

Zoals uit het voorgaande blijkt wordt een instrument uitsluitend ingezet als aan de hand van een minder ingrijpend instrument het controledoel niet wordt gerealiseerd. Aldus dient per instrument door de verzekeraar de afweging gemaakt te worden of de inzet hiervan proportioneel is en dient dit tevens gemotiveerd te worden ten behoeve van de zorgaanbieder. Overigens is het niet steeds noodzakelijk dat in alle gevallen alle stappen doorlopen moeten worden. Indien een stap niet mogelijk is en de zorgverzekeraar kan dit onderbouwen (zoals artikel 7.8 lid 1^e voor de Zvw eist) mag deze overgeslagen worden. Uiteraard geldt ook hier wederom de proportionaliteit en subsidiariteit.

4. Medisch adviseur

Zoals uit zowel de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars (Gedragscode) als uit het onderhavige protocol blijkt, speelt de medisch adviseur een sleutelpositie daar waar er sprake is van verwerking van gegevens betreffende iemands gezondheid.

Zo vermeldt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld in de aankondiging van de detailcontrole dat indien bij de uitvoering van detailcontrole persoonsgegevens van verzekerden worden verwerkt, dit geschiedt onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur in opdracht van de zorgverzekeraar en is deze op voorafgaand verzoek van de zorgaanbieder aanwezig bij dit deel van de controle. De medisch adviseur bepaalt in dit kader welke persoonsgegevens moeten worden opgevraagd bij het uitvoeren van de controle, teneinde te waarborgen dat bij de uitvoering van detailcontrole voldoende deskundigheid beschikbaar is en adequaat wordt gemotiveerd waarom deze gegevens nodig zijn.