

Rapport PInCeT

**Project Intensivering Controle en Toezicht op de
rechtmatige uitvoering van de
Zorgverzekeringswet (versie 25-06-2012):
procesbeschrijving en verbeteringen**

Inhoudsopgave

(management-)Samenvatting

Deel I (procesbeschrijving)

1. Aanleiding
2. Doel
3. Aanpak
4. Wisselende panelen
5. Het product, de prijs en (de hoofdlijnen van) de zorg- en controleketen
 - 5.1. Het product
 - 5.2. De prijs
 - 5.3. Het proces
6. De stakeholders
7. De kernvragen
 - 7.1. DBC-zorgproduct en/of basispolis qua inhoud (on)gelijk verzekerd pakket?
 - 7.2. DBC-zorgproduct en/of basispolis qua uitvoering (on)gelijk verzekerd pakket?
8. De gekozen behandelingen
 - 8.1. Varices (spataderen)
 - 8.2. P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen)
 - 8.3. Boven ooglid correcties
 - 8.4. HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi)
 - 8.5. De aandachtspunten vanuit controleoptiek?
9. Zorgverzekeringswet
10. Pakketbeheer CVZ
 - 10.1. Het proces
 - 10.2. Wat behoort tot het verzekerd pakket
 - 10.2.1. Varices (spataderen)
 - 10.2.2. P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen)
 - 10.2.3. Boven ooglid correcties
 - 10.2.4. HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi)
 - 10.3. Interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?
 - 10.4. De aandachtspunten vanuit controleoptiek?
11. Prestatiebeschrijving
 - 11.1. Het proces
 - 11.2. De DBC-zorgproducten
 - 11.2.1. Varices (spataderen)
 - 11.2.2. P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen)
 - 11.2.3. Boven ooglid correcties
 - 11.2.4. HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi)
 - 11.3. Interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?
 - 11.4. De aandachtspunten vanuit controleoptiek?
12. Het 1^e deel van het controleproces bij de zorgverlener/zorgaanbieder: de registratie en de aanlevering van gegevens bij Grouper
 - 12.1. Het proces en de organisatorische inbedding
 - 12.2. Specifieke analyses/controles
 - 12.3. Interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?
 - 12.4. De aandachtspunten vanuit controleoptiek?
13. Controleproces Grouper
 - 13.1. Het controleproces
 - 13.2. Aanspraken/machtigingen
 - 13.3. Interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?
 - 13.4. De aandachtspunten vanuit controleoptiek?
14. Het 2^e deel van het controleproces bij de zorgverlener/zorgaanbieder: het opstellen en aanleveren van declaraties bij de zorgverzekeraar
 - 14.1. Het proces en de organisatorische inbedding
 - 14.2. Specifieke analyses/controles
 - 14.3. Interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- 14.4. De aandachtspunten vanuit controleoptiek?
- 15. Controleproces zorgverzekeraar
 - 15.1. De basispolis
 - 15.2. Het proces
 - 15.2.1. Formele controles
 - 15.2.2. Materiële controles
 - 15.2.3. Organisatorische inbedding controle(proces)
 - 15.3. Specifieke analyses/controles
 - 15.4. Interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?
 - 15.5. De aandachtspunten vanuit controleoptiek?
- 16. Het toezichtproces
 - 16.1. Algemeen
 - 16.2. Toezichtproces NZa
 - 16.3. Specifiek toezicht NZa
 - 16.4. Interessante ontwikkelingen bij het NZa toezicht vanuit controleoptiek?
 - 16.5. De aandachtspunten bij het NZa toezicht vanuit controleoptiek?
 - 16.6. Toezichtproces DNB
 - 16.7. Specifiek toezicht DNB
 - 16.8. Interessante ontwikkelingen bij DNB vanuit controleoptiek?
 - 16.9. De aandachtspunten bij DNB vanuit controleoptiek?
- 17. Het Zorgverzekeringsfonds
 - 17.1. algemeen
 - 17.2. Interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?
 - 17.3. De aandachtspunten vanuit controleoptiek?

Deel II Verbeteringen

- 18. De verbeteringen
 - 18.1. Inleiding
 - 18.2. Algemeen
 - 18.3. Aansluiting basisverzekering en DBC-zorgproducten op het collectief verzekerd pakket
 - 18.4. Een toegesneden risicomanagementsysteem
 - 18.5. De controleprijkkels de goede kant op hebben staan
 - 18.6. Voldoende capaciteit en samenwerking
 - 18.7. Duidelijke normen
- 19. De invoering van de verbeteringen
 - 19.1. De prioriteiten bij de verbeteringen
 - 19.2. De verbeteringen implementeren
 - 19.3. De implementatie van de verbeteringen monitoren

(management-)Samenvatting

Het garanderen van de betaalbaarheid van de zorg is een belangrijk aandachtspunt en vormt een gezamenlijke taak van de zorgaanbieders, patiënten/verzekerden, zorgverzekeraars, toezichthouder en overheid. In deze sfeer worden op verschillende terreinen activiteiten ontplooid. Zo zijn in het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord voor de periode 2012 tot 2015 afspraken gemaakt over een beheerst budgettair kader. Hierdoor versterkt het Bestuurlijk hoofdlijnen akkoord de dynamiek in de sector, wat mede tot een verscherping van de zorginkoop heeft geleid. Ook op andere terreinen genomen initiatieven dragen hieraan bij. Hierbij valt te denken aan de introductie van een nieuw declaratiesysteem DOT waardoor onbedoelde prikkels zijn gemitigeerd. Nog resterende onbedoelde prikkels zullen de komende tijd worden aangepakt. Bovendien versterkt de uitbreiding van het vrije segment en het afbouwen van de ex post risicoverevening de risicodragendheid.

In het kader van het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord wordt ter beheersing van de zorguitgaven ook versterking van de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ook als aandachtspunt genoemd. Medio 2011 is ter invulling van dit punt het Project Intensivering Controle en Toezicht (PiNcET) gestart. In deze brief informeer ik u over dit project en kom hiermee tevens tegemoet aan mijn toezegging gedaan in het AO "pakketbeheer" van 21 juni 2012. In dit project werkt het ministerie van VWS samen met: het CVZ, de Orde van medisch specialisten, Wetenschappelijke Verenigingen, NVZ, NFU, ZKN, DBC-onderhoud, ZN, NZa, DNB, de VAGZ en accountantsorganisaties.

Hierbij is aan de hand van 4 behandelingen (varices, P.A.O.D., rughernia en bovenooglidcorrecties) in deel I voor de gehele keten het opgezette controle- en toezichtproces beschreven. In deel II wordt ingegaan op de verbeteringsmogelijkheden. Hoewel het zorgproces als zodanig complex is, gaat de controle over een als zodanig eenvoudige vraag, namelijk: zijn de door de zorgverzekeraars ten behoeve van de vaststelling van de risicovereveningbijdrage bij het CVZ ingediende declaraties juist en volledig gelet op de collectief verzekerde pakket? Kortweg: Zijn de ingediende declaraties rechtmatig?

Centraal staat in het project dan ook de controle bij de partijen in de zorgketen met betrekking tot onrechtmatige declaraties. Afhankelijk van de uitkomst van de controles kunnen preventieve of repressieve instrumenten worden ingezet. Hierbij geldt dat de mix van deze instrumenten dient te verzekeren dat alleen rechtmatige declaraties onder de risicoverevening worden gebracht. Zowel acties aan de "voorkant" via versterking van de zorginkoop, als acties aan de "achterkant" via versterking van de controle en het toezicht, zijn van belang.

Voor de controle van declaraties zijn zowel formele als materiële controles van belang. Bij formele controles gaat het om reguliere controles die normaliter geautomatiseerd plaatsvinden (zoals datacontroles, nummercontroles, NAW-gegevens, of verwijzing al dan niet heeft plaatsgevonden en of voor de geleverde prestatie de juiste prijs is gedeclareerd). Bij materiële controles gaat het specifiek om beantwoording van de volgende drie vragen: Is de geleverde zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk? Welke zorg is feitelijk geleverd? Wat is naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen zorg?

In de afgelopen jaren is in de sfeer van de formele controles veel en goed werk verzet vooral om het controlesysteem te versterken. In het bijzonder worden de volgende activiteiten genoemd.

- Met de invoering van het DOT-systeem is het risico van upcoding en overdeclaratie verminderd, omdat op basis van zorgactiviteiten geautomatiseerd en geüniformeerd DBC-zorgproducten worden afgeleid.
- De ontwikkeling van de DOT controlemodule ten behoeve van uniforme uitvoering van de controles (zie paragraaf 15.4) op DOT-zorgproducten door ZN en de NVZ in de sfeer van formele controles.

- De gedachten om niet concurrentiële activiteiten in de controlesfeer verder te versterken door deze landelijk te poolen en Vektis een rol te laten spelen bij branchebrede controle en detectie, los van wat de zorgverzekeraars zelf al doen.
- Om de samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling en tussen zorgverzekeraars en stakeholders te intensiveren, is begin 2012 het Kenniscentrum Fraudebeheersing gestart door ZN.
- Zorgverzekeraars hebben in ZN-verband een programma 'Samenwerken aan controles' uitgevoerd (met subsidie van VWS) en de afzonderlijke projecten inmiddels in de lijn belegd. Doel was het optimaliseren van controleprocessen in de keten (efficiënter, effectiever en tegen lagere kosten) én structureel de relatie naar fraudebeheersing leggen. De samenwerking richt zich op de non-concurrentiële (formele) controles, voortkomend uit wet- en regelgeving.

De NZa heeft voorts vanaf 2010 een verscherping van het toezicht ingezet, onder andere op het gebied van materiële controle en gepast gebruik en het voornemen uitgesproken om ook de handhaving bij tekortkomingen strikt aan te pakken; hier is een start mee gemaakt bij het vereveningsonderzoek 2010. Het CVZ en de NZa hebben in september 2010 het initiatief genomen om gepast gebruik beter op de kaart te zetten. De aanleiding was de toenemende aandacht voor de betaalbaarheid van de zorg. Dit heeft geleid tot opname van elementen van gepast gebruik in het Protocol vereveningsonderzoek (november 2010) van de NZa en tot een gezamenlijke voorlichtingsronde van het CVZ en de NZa langs alle zorgverzekeraars en de externe accountants van de zorgverzekeraars in de periode januari – maart 2011. De NZa heeft ervoor gekozen om het toezicht op gepast gebruik door zorgverzekeraars gefaseerd uit te rollen. Door fasering wordt partijen de gelegenheid gegeven hun rol op te pakken, wel met voldoende druk op de ketel, en ook het toezicht goed in te richten. De NZa rolt de aanscherping van het toezicht op gepast gebruik de komende jaren gefaseerd verder uit. Zo zal ook het aspect 'redelijkerwijs aangewezen van de verzekerde op de geleverde zorg' nadrukkelijker in de controle en het toezicht worden betrokken.

Aan de andere kant laat het project zien dat het, als onderdeel van een breed totaalaanpak van maatregelen aan de voorkant en aan de achterkant, noodzakelijk is om de controle door zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet en het toezicht hierop door de NZa te versterken. De gewenste verbeteringen draaien vooral rond de volgende vragen: Is de zorg feitelijk geleverd? Is de geleverde zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk? En is de geleverde zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen? Ook is een aantal knelpunten gesignaleerd, waardoor de mogelijkheden van controle en toezicht op de rechtmatigheid van declaraties die onder de risicoverevening worden gebracht worden beperkt. Ter versterking van de controle zijn verdere verbeteringen op de volgende aandachtsgebieden nodig, te weten:

- A. meer aandacht van partijen in de zorgketen nodig voor controle(systemen) van onrechtmatige declaraties;
- B. verduidelijking van de (controle) normen.
- C. versterking van de aansluiting van DBC-zorgproducten op het collectief verzekerd pakket;
- D. versterking van risicomanagementsystemen bij partijen in de zorgketen;
- E. de prikkels op de juiste wijze hebben staan om declaraties beter te controleren; en
- F. voldoende capaciteit en samenwerking.

Ad A. Controle is normaliter een onderdeel van een risicomanagementsysteem (het cyclisch doorlopend proces van het identificeren en beoordelen van risico's en het vaststellen van beheersmaatregelen om de risico's in voorkomende gevallen, te verkleinen of uit te bannen) en zou als zodanig niet apart hoeven te worden benoemd. Dat dit toch wordt gedaan, vindt zijn oorsprong in het feit dat de cultuur van het denken in risico's (met betrekking tot geld dat uit het zorgsysteem weglekt met een ongunstig effect op de premie en/of het collectief verzekerd pakket) en het managen van die risico's in de sfeer van de rechtmatigheid van declaraties nog

in ontwikkeling is. Een goed controlesysteem wordt periodiek gereviseerd om de controle scherp te houden; feitelijk wat nu via PInCeT gebeurt.

Ad B. In de Zvw is de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties in veel gevallen open geformuleerd. Het CVZ brengt regelmatig een standpunt of advies uit ter verduidelijking, waardoor deze open formulering in de praktijk beter hanteerbaar wordt. Echter soms ontbreekt een dergelijke verduidelijking. Dit ontnemt de zorgverzekeraar niet van de verantwoordelijkheid hieraan, in samenwerking met zorgaanbieders, zelf invulling te geven; de zorgverzekeraar voert immers de Zvw uit. Voor effectieve controle en toezicht achteraf, op het niveau van de individuele declaratie, is verduidelijking van de normering onontbeerlijk om conclusies over gepast gebruik te trekken en handhavend op te kunnen treden door zorgverzekeraars en het toezicht van de NZa. Duidelijke, eenduidige en actuele medische richtlijnen vergemakkelijken dan ook controles. Het moet evenwel mogelijk zijn wanneer daartoe aanleiding is van medische richtlijnen af te wijken; via een "comply or explain"-systeem kan de nodige flexibiliteit worden gecreëerd. De oprichting van het Nederlands Zorg Instituut die een taak heeft in dit kader, zal ook bijdragen aan betere transparantie en implementatie van de richtlijnen.

Controle kan ook worden vergemakkelijkt als uit de declaratie blijkt waarvoor behandeling heeft plaatsgevonden. Knelpunt hierbij is de privacywetgeving. Voorts dienen de AO/IC-regels met betrekking tot de registratie en facturering helder te zijn om controle mogelijk te maken. Tenslotte kent de accountant in zijn werk beperkingen waardoor niet alle controleonderdelen kunnen worden geadresseerd: Is de geleverde zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk? Welke zorg is feitelijk geleverd? Is de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen zorg? Door de aandacht te richten op het adequaat functioneren van controlesystemen kunnen deze beperkingen worden overbrugd.

Ad C. Als de prestatiebeschrijving (in het kader van de Wmg) niet goed aansluit op het collectief verzekerd pakket (Zvw) kan de rechtmatigheid van de declaraties moeilijker worden gecontroleerd. Hierdoor kan teveel of te weinig worden vergoed bij de risicoverevening. De NZa heeft dit onderwerp als aandachtspunt benoemd in de doorwikkelagenda DOT (november 2011). Op verzoek van de NZa onderzoekt DBC-Onderhoud momenteel de aansluiting tussen de aanspraken in het verzekerd pakket en prestatiebeschrijvingen. Indien dit nodig (en binnen het DBC-systeem mogelijk) blijkt, worden verschillen tussen pakket en beschrijving opgeheven. Hiernaast werkt DBC-Onderhoud samen met de zorgaanbieders/DHD aan een zo eenduidig mogelijke definitie en registratie van zorgactiviteiten en diagnoses ten behoeve van de afleiding van DBC-zorgproducten door de grouper.

Ad D. Om de rechtmatigheid van de declaraties te kunnen vaststellen moeten declaraties worden gecontroleerd. Voor een goede uitvoering van deze controles dienen aan de hand van betrouwbare data onder andere opvallende afwijkingen of statische verbanden (de potentiële risico's) in kaart te worden gebracht. Vervolgens dienen deze te worden geanalyseerd en gewogen. De uitkomst hiervan indiceert de aandachtsgebieden waarop het risicobeheer (inclusief AO/IC) zich dient te richten. Kortom er dienen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars op elkaar afgestemde controlesystemen inclusief risicomanagementsystemen te bestaan. Een goed werkend risicomanagementsysteem laat rode lichten zien wanneer risico's nog niet (adequaat) zijn geadresseerd. Afhankelijk van de uitkomst hiervan dienen instrumenten met een preventief of repressief karakter te worden ingezet. De resultaten van dit proces vormen bijvoorbeeld weer de input om via de inkoopfunctie van zorgverzekeraars maatregelen te nemen. De zorgverzekeraars zijn bezig hun risicomanagementsystemen te verbeteren.

Ad E. Door zorgaanbieders op de juiste wijze te prikkelen om declaraties beter te controleren wordt de controle naar het begin van de declaratieketen verlegd en worden zorgaanbieders gestimuleerd 'te staan' voor de rechtmatigheid van hun declaraties. In het huidige controlesysteem bestaat geen prikkel voor de zorgaanbieder om te voorkomen dat onrechtmatige declaraties wordt aangeleverd. De prikkels komen de goede kant op te staan als

zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover in hun contracten afspraken maken. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het opnemen bonus/malus-clausules in contracten met zorgaanbieders opnemen. Hierbij zouden de jaarlijkse (begrote) controlekosten die de zorgverzekeraar heeft het uitgangspunt van de bonus/malus-clausule kunnen zijn, waarbij een zorgaanbieder een bonus krijgt als de controle op orde is en een malus wanneer (uit een steekproef blijkt) dat dit niet het geval is. In deze sfeer past ook dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars contractueel afspreken om de resultaten van steekproeven te extrapoleren naar het geheel. Ook hierdoor worden zorgaanbieders aangemoedigd beter te controleren. De vanaf 2010 ingezette verscherping van het toezicht stimuleert in dit verband zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook.

Ad F. Door bij risicoanalyses bovendien samen te werken tussen zorgaanbieders onderling en zorgverzekeraars onderling en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen wordt de kwaliteit van de analyses verbeterd en worden kosten bespaard. Voldoende onderzoekscapaciteit (softwaresystemen en data-analisten) en adviserend geneeskundigen vormen de basis voor elk risicobeheersysteem.

Ter versterking van de integriteit en het behoud van de betaalbaarheid van het zorgstelsel is het van belang alle betrokken partijen samen hun schouders eronder zetten om het systeem vanuit controleoptiek op een hoger niveau te tillen. Het betaalbaar houden van de zorg is een gezamenlijke taak van zorgaanbieders, patiënten/verzekerden, zorgverzekeraars, toezichthouder en overheid. De stuurgroep dient de implementatie van de verbeteringen te begeleiden. Waar het noodzakelijk is om met meerdere partijen verbeteringen uit te werken is de basisgedachte om de uitwerking per verbetering toe te wijzen aan een "hoofdaannemer" die samen met de andere direct betrokkenen binnen een afgesproken planning de implementatie gestalte geeft.

DEEL I Procesbeschrijving

1. Aanleiding

In het regeerakkoord is onder de noemer "toetsing rechtmatigheid van vergoeding conform Zvw" een besparing opgenomen van structureel € 40 mln. Later is deze besparing bijgesteld tot € 47 mln (€ 27 mln in 2011)¹. Hieronder wordt op basis van het plan van aanpak (zie bijlage 1) de projectbeschrijving gegeven.

Wij willen de aanleiding van het project vanuit de upside-potentials oppakken: investeren in een goed opgezette controle en zorginkoop levert geld op (zie bijlage 2). In de mate dat we erin slagen de vergoeding van buiten de collectieve verzekering (basisverzekering) vallende zorg te voorkomen, neemt immers naast de integriteit van het zorgstelsel de kans toe dat:

- a) de druk op de uitgaven voor de collectief verzekerde zorg wordt beperkt; en/of
- b) de druk op zorgactiviteiten van ziekenhuizen wordt beperkt; en/of
- c) de druk op de vergoeding van de zorgprofessionals vermindert; en/of
- d) de druk op de premies (en het eigen risico) voor de collectief verzekerde zorg afneemt.

Hieraan invulling geven betekent in essentie dat partijen samen hun bestuurlijke verantwoordelijkheid pakken om het systeem als geheel op een hoger niveau te tillen.

2. Doel

Het doel van dit project is om voor de algemene ziekenhuizen te bezien:

¹ Ook in het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 wordt aan deze maatregel gerefereerd.

hoe vanuit de optiek van controle en het toezicht erop de collectieve middelen die worden besteed aan het wettelijk vastgestelde verzekeringpakket², ceteris paribus, kunnen worden verminderd door mogelijke verbeteringen en aanpassingen in de gehele keten (van regulering en pakketbeheer tot registratie, verantwoording en controle en toezicht) zowel van preventieve als repressieve aard.

Bij het bereiken van het doel gaat het om verbeterpunten in de gehele keten zowel van preventieve als repressieve aard. Belangrijk is bijvoorbeeld ook welke verbeterpunten zorgverzekeraars in overleg met zorgaanbieders/zorgprofessionals in de zorginkoop afspreken om betere controles mogelijk te maken. Welke data ontvangen zorgverzekeraars bijvoorbeeld van zorgaanbieders/professionals en in hoeverre zijn die data behulpzaam om controles uit te voeren? Hiernaast is ook de omschrijving van het zorgproduct – het object van controle - van belang. Is het zorgproduct helder gedefinieerd? En is duidelijk wat wel en wat niet meer tot collectief verzekerde zorg behoort?

3. Aanpak

Initieel zal de analyse plaatsvinden bij varices (spataderen); P.A.O.D. (Peripheral Arterial Occlusive Disease: chronische belemmering bloedstroom naar de benen); bovenooglid correcties; en HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi). Uit een beschrijving en analyse van het controleproces in de zorgketen bij de gekozen behandelingen en vervolgens een analyse daarvan dienen de mogelijke verbeterpunten bij de controle en het toezicht in de keten van pakketbeheer door het CVZ, via tariefsberekening- en prestatiebeschrijving door DBC-onderhoud en de NZa, vaststelling van deze prestaties en tarieven en het opstellen van regelgeving door de NZa, zorgverlening en registratie van deze zorg door de zorgprofessionals, afleiding van de prestaties door de zorgaanbieder via de DBC-grouper van DBC-Onderhoud, indiening van de declaratie door de zorgaanbieder tot vergoeding van de declaratie door de zorgverzekeraar naar het toezicht door de NZa naar voren te komen. Relevante verbetermogelijkheden dienen zo veel mogelijk te worden verzilverd en te worden doorgetrokken naar andere behandelingen. Om het effect van de gevolgen van de gewenst geachte verbeterpunten te meten is het van belang dat het project ook aandacht besteedt aan de uitgaven in de uitgangssituatie en de situatie na invoering van de verbeterpunten.

4. Wisselende panelen

Met ingang van 2012 heeft het zorgsysteem een aantal belangrijke wijzigingen ondergaan. Zo is de Functiegerichte budgettering afgeschaft en is overgegaan op een systeem van volledige prestatiebekostiging, waarbij er in de twee overgangsjaren (2012 en 2013) nog sprake is van een transitie-model. De NZa heeft al het beleid inzake invoering van prestatiebekostiging en het transitie-model beschreven in de beleidsregel 'Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg' waarbij het schaduw-FB in de eerste jaren voor het oude A-segment nog grotendeels de omzet bepaalt en over 2012.

Het DBC-stelsel is opgevolgd door een doorontwikkelde versie hiervan, het DOT-stelsel (:2e generatie DBC's). Met DOT, een afkorting van 'DBC's op weg naar transparantie', wordt in de dagelijkse praktijk zowel het verbeterde stelsel van diagnose behandeling combinaties (DBC's) bedoeld, als het proces van invoering van dat verbeterde stelsel. Binnen DOT worden de DBC's DBC-zorgproducten genoemd en is er daarnaast ook sprake van overige zorgproducten (zoals producten voor IC-zorg en dure en weesgeneesmiddelen).

Naast de invoering van prestatiebekostiging (ter vervanging van de oude FB-systematiek) en DOT (als nieuwe prestatiestructuur) is het vrije segment (voorheen B-segment) per 2012 uitgebreid van 34% naar ruim 70% van de totale zorgomzet. Dit betekent dat de NZa voor de prestaties die vallen onder dit vrije segment geen kostentarieven meer vaststelt. Het restende

² Artikel 10 en art 14, lid 1 van de Zvw en artikel 2.1, lid 1,2 en 3 en artikel 2.4, lid 1, van het Besluit zorgverzekering

deel aan zorgproducten valt onder het zogenoemde gereguleerde segment (voorheen A-segment) en kent door DBC-Onderhoud berekende en door de NZa vastgesteld maximumtarieven (voor 2012 waren dit voor de ziekenhuizen vaste tarieven). Verder zijn de honorariatarieven 2012 behorend bij de zorgproducten in DOT op een andere manier berekend. Ook hier is geen sprake meer van vaste tarieven, maar van maximumtarieven. Voor deze honoraria geldt nog wel dat ze zowel in het gereguleerde als het vrije segment door de NZa worden vastgesteld.

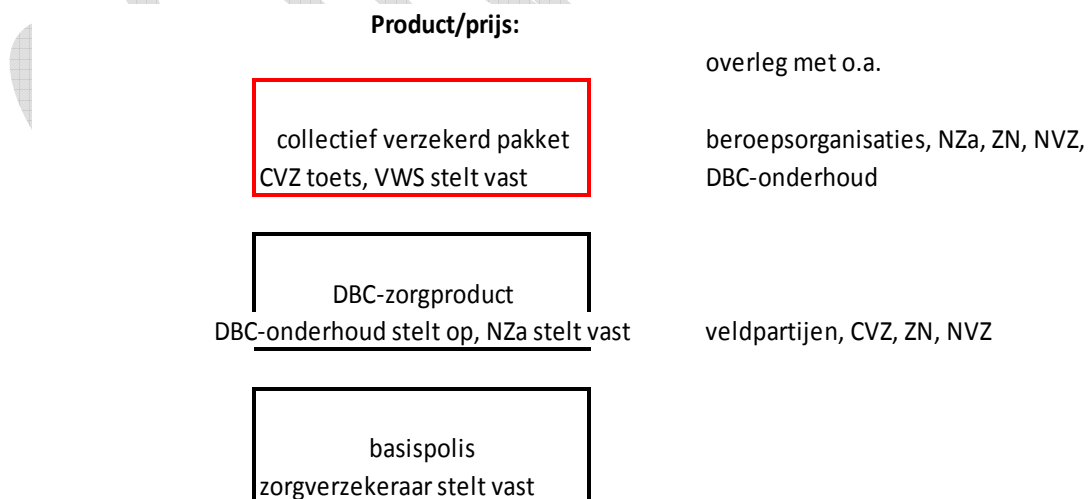
Hiernaast versterkt het afbouwen van de ex post risicoverevening en het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord de prikkels in de keten en mogelijk ook in de sfeer van de controle.

Omdat met ingang van 2012 het DBC-stelsel wordt opgevolgd door het DOT-systeem en de FB-systematiek wordt afgebouwd zal in deze procesbeschrijving van het DOT-systeem worden uitgegaan onder een vorm van volledige prestatiebekostiging zonder vangnet (zoals dit vanaf 2014 het geval is). Verder is het evident dat deze wijzigingen dienen te worden betrokken bij de aan te reiken verbeteringen.

Dit betekent wel dat de data niet zonder meer kunnen worden geëxtrapoleerd. Dat heeft ook effect op en brengt risico's mee voor de controle.

5. **Het product, de prijs en (de hoofdlijnen van) de zorg- en controleketen**

De Zvw geeft functioneel omschreven (met een open norm) aan op welke medisch noodzakelijke zorg iemand recht heeft: het collectief verzekerd pakket. Vertrekpunt van het pakketbeheer vormt de omschrijving van de 'te verzekeren prestaties', zoals deze in de Zvw zijn vastgelegd. Het CVZ toetst of een bepaalde zorgvoorziening voldoet aan de wettelijke criteria en dus tot de te verzekeren prestaties kan worden gerekend. Bij het toetsen of een bepaalde zorgvoorziening voldoet aan de wettelijke criteria en dus tot de te verzekeren prestaties kan worden gerekend overlegt het CVZ met onder andere de beroepsverenigingen, de NVZ, DBC-Onderhoud, ZN en de NZa.



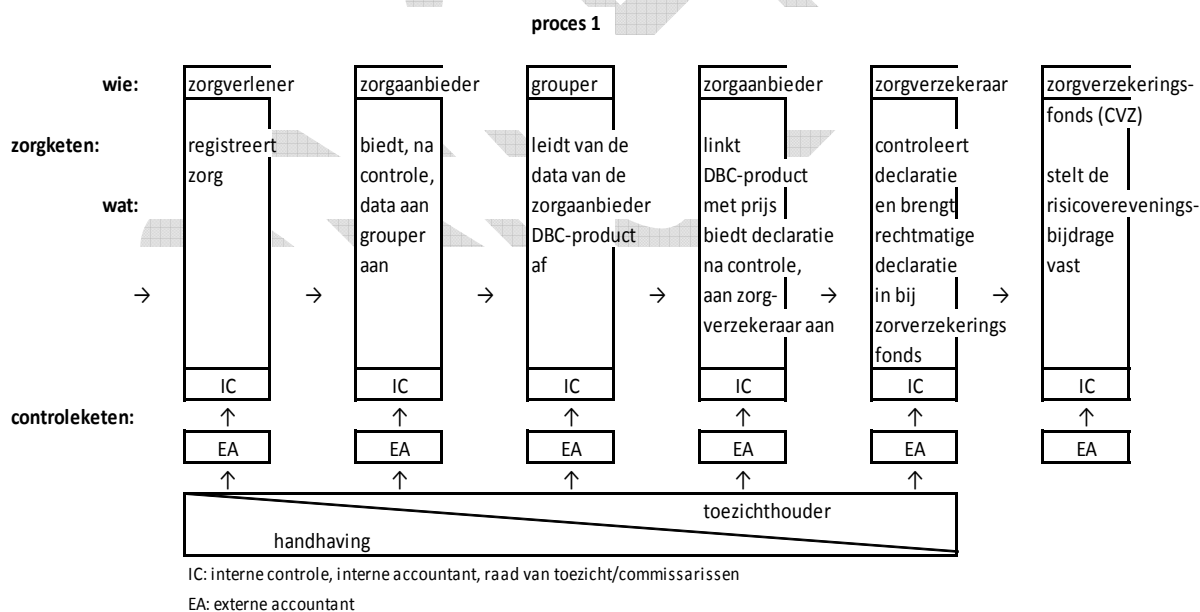
DBC-zorgproducten, samenhangende reeksen van zorgactiviteiten, hebben zowel betrekking op de collectief verzekerde zorg als op aanvullende verzekerde zorg door zorgverzekeraars. DBC-Onderhoud stelt de prestatiebeschrijving van de DBC-zorgproducten op. De NZa beoordeelt deze zorgproducten en stelt de prestatiebeschrijving van de DBC-zorgproducten vast. Bij het

opstellen van de prestatiebeschrijving worden naast DBC-onderhoud, de veldpartijen, de NZa en het CVZ betrokken. De vaststelling van de prestatiebeschrijving vindt plaats ongeacht of van (collectief) verzekerd zorg sprake is. Door middel van kleurencodes (zie paragraaf 13.3) wordt aangegeven voor welke zorgproducten aanspraak op de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan worden gemaakt voor vergoeding vanuit het basispakket zorgverzekering. Deze kleuring is een leidraad voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar hieraan kan niet worden de juistheid en volledigheid van de informatieverstopping over, ten behoeve van de vaststelling van de risicoverevening ingediende, declaraties [in het vervolg in plaats van de juistheid en volledigheid van de informatieverstopping over, ten behoeve van de vaststelling van de risicoverevening ingediende, declaraties kortweg de rechtmatigheid van de declaraties] worden ontleend.

Op basis van het (collectief) verzekerd pakket stelt de zorgverzekeraar de basispolis op. Wil de basispolis van de zorgverzekeraar voldoen aan het (collectief) verzekerd pakket dan zal de inhoud van de basispolis inhoudelijk moeten overeenstemmen met het collectief verzekerd pakket.

Op de vrije markt bepalen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de prijs van de DBC-zorgproducten binnen zowel het gereguleerde als het vrije markt segment. Wat betreft de kostendelen binnen het gereguleerde segment en wat de honorariadelen betreft in zowel het gereguleerde als het vaste segment stelt de NZa wel maximumtarieven vast op grond van berekeningen door DBC-Onderhoud.

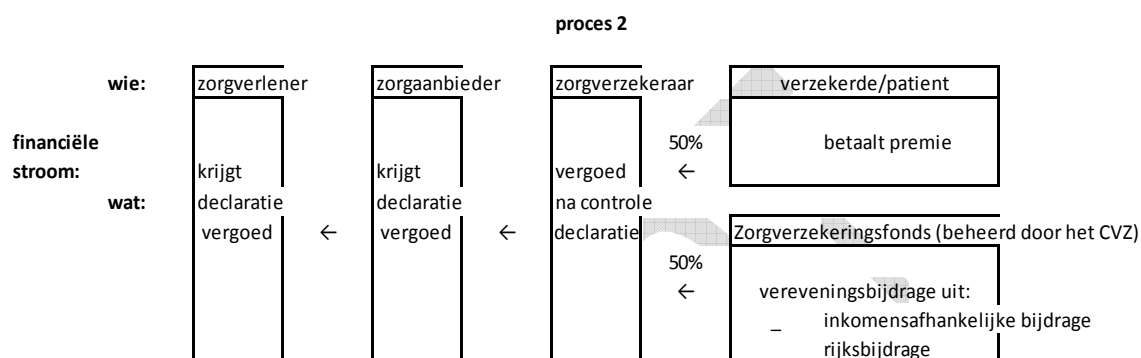
Het declaratie- en controleproces met betrekking tot declaraties die onder het collectief verzekerd pakket vallen doorloopt gestileerd de volgende stappen.



Op basis van de diagnose, de verleende zorgactiviteiten en de indicatiestelling registreert de zorgverlener de verleende zorg binnen een afgebakende periode, het zogenaamde subtraject. Hierbij is het uitgangspunt dat de zorgverlener handelt conform de vastgestelde medisch inhoudelijke richtlijnen van de beroepsorganisaties. De zorgaanbieder draagt er vervolgens, na controle, zorg voor dat dit subtraject (en hiermee de binnen het subtraject verleende zorgactiviteiten) aan de Grouper wordt aangeboden. De Grouper leidt op grond van de zorgactiviteiten bij het subtraject een DBC-zorgproductcode af en geeft aan of er zorgactiviteiten in de afleiding meespelen die een aanspraakbeperking kennen, waar nodig met behulp van de meegestuurde indicatie medische noodzaak (zie ook par 13.2). De zorgaanbieder koppelt hieraan (en hiermee aan de binnen het subtraject verleende zorgactiviteiten) vervolgens de juiste prijs, stelt de declaratie op en biedt deze, na controle,

aan de zorgverzekeraar ter vergoeding aan. De zorgverzekeraar controleert de rechtmatigheid van de declaratie en gaat daarna tot vergoeding over als aan de voorwaarden is voldaan. De financiële verantwoordingen van de marktpartijen in de keten worden gecontroleerd door (vaak interne en) de externe accountants. De NZa als toezichthouder³ houdt tenslotte toezicht op de juiste en volledige informatieverstopping over, ten behoeve van de vaststelling van de risicoverevening ingediende declaraties. Sluitstuk van het proces is de handhaving⁴ door het terughalen van de onrechtmatig vergoede middelen al dan niet via justitiële procedures.

Tegenover de hiervoor kort geschetste zorgproces uitmondend in een declaratie, die uiteindelijk aan het Zorgverzekeringsfonds wordt aangeboden, staat een financiële stroom.



De zorgverzekeraar krijgt zijn inkomsten uit de door verzekerden betaalde premies voor de basispolis, de aanvullende verzekering en uit de vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Dat fonds ontvangt zijn middelen weer uit de inkomensafhankelijke bijdrage die via de werkgever door de Belastingdienst wordt geïnd en een rijksbijdrage. De vereveningsbijdrage compenseert zorgverzekeraars voor het eventuele nadeel ten gevolge van het opleggen van een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars van verzekeringsplichtigen. Uit zijn inkomsten vergoedt de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder/zorgverlener de akkoord bevonden declaraties van de zorgaanbieder/zorgverlener. Bij de verwerving van de inkomsten van de zorgverzekeraar wordt als zodanig niet gedifferentieerd naar behandelingen. Wanneer juiste en volledige informatieverstopping over, ten behoeve van de vaststelling van de risicoverevening ingediende, declaraties is verstrekt leidt dat ook tot een juiste bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds; wanneer dat niet is gewaarborgd, zal de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds ook onjuist en onvolledig zijn.

6. De stakeholders

Bij de aanpak van de controle en het toezicht hierop ter vermindering van de collectieve middelen die we uitgeven aan het wettelijk vastgestelde pakket voor verzekerde zorg zijn, naast de verzekerden, de volgende partijen betrokken.

Zorgaanbieders/zorgprofessionals

De zorgaanbieder/zorgprofessional verleent de zorg en dient voor aan de verzekerde verleende zorg een declaratie bij de verzekerde zelf of bij diens zorgverzekeraar in. De NVZ behartigt de belangen van de algemene ziekenhuizen; de NFU die van de universitair medische centra; en ZKN die van de bij haar aangesloten klinieken. De Orde behartigt de belangen van de medisch specialisten. De wetenschappelijke verenigingen vormen de beroepsverenigingen met betrekking tot de verschillende specialismen. Voor de gekozen

³ Naast de NZa heeft ook DNB een rol bij het toezicht op zorgverzekeraars (zie paragraaf 16.1 en 16.6 en volgende)

⁴ Met handhaving wordt bedoeld op de door NZa, politie en justitie te nemen bestuurlijke of strafrechtelijke maatregelen bij niet naleving van de gestelde regels.

behandelingen gaat het, afgezien van een incidenteel ander specialisme, om de volgende specialismen, te weten:

- Varices : heekunde (0303) en dermatologie en venereologie (0310);
- P.A.O.D. : heekunde (0303) en radiologie (0362);
- Bovenoglid correcties : oogheekunde (0301) en plastische chirurgie (0304); en
- HNP (lumbale rughernia) : orthopedie (0305), neurochirurgie (0308) en neurologie (0330).

DBC-Onderhoud

DBC-Onderhoud is verantwoordelijk voor een goed werkende DBC-systematiek. Daartoe levert DBC-Onderhoud met regelmaat geactualiseerde DBC-pakketten uit na beoordeling en vaststelling door de NZa. De inhoud van die pakketten komt tot stand in nauw overleg met de zorgsector, de patiënten, de zorgverzekeraars en de overheid. Daarnaast beheert DBC-Onderhoud het DBC-informatiesysteem (DIS). Het landelijke DIS ontvangt en beheert alle informatie over DBC's die op basis van een verplichting van de NZa aan het DIS worden geleverd (nadere regel "Regeling verplichte aanlevering minimale dataset medisch specialistische zorg". Het bevat gegevens uit de basisregistratie van zorgaanbieders over wat zij aan zorg geleverd en gedeclareerd hebben.

Zorgverzekeraars

De zorgverzekeraar vergoedt na controle de door de zorgaanbieder ingediende declaratie en brengt, rekening houdend met het voor het verevenings- en rechtmatigheidstoezicht door de NZa opgestelde protocol, de declaratie van de zorgaanbieder uitgaande van het collectief vastgestelde verzekeringpakket onder de risicoverevening. ZN behartigt de belangen van de zorgverzekeraars. ZN heeft een programma 'Samenwerken aan controles' uitgevoerd (met subsidie van VWS) en de afzonderlijke projecten inmiddels in de lijn belegd. Doel was het optimaliseren controleprocessen in de keten (efficiënter, effectiever en tegen lagere kosten) én structureel de relatie naar fraudebeheersing leggen. Eén van de projecten uit het programma was controleren bij de zorgaanbieder/zorgprofessional zelf met als doel dat er alleen goede declaraties worden gedeclareerd. Dit project loopt nog; zie verder 15.4. Vektis fungeert voor de zorgverzekeraars als databank. Zorgverzekeraars maken ook afspraken met de zorgaanbieder over de inhoud van de DBC en hoe er mag worden gedeclareerd.

De toezichthouders

- De NZa heeft vanuit de WMG de wettelijke verantwoordelijkheid voor het vaststellen van prestaties en tarieven voor alle vormen van zorg zoals in de WMG omschreven, waaronder de medisch specialistische zorg. Dit betekent dat de NZa ook de wettelijke verantwoordelijkheid heeft over het vaststellen van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten en de bijbehorende tarieven (indien gereguleerd). De NZa geeft op basis van haar beleid rondom deze vastgesteld prestaties en tarieven tariefbeschikkingen af aan zorgaanbieders/zorverleners op basis waarvan zij de door de NZa vastgesteld prestaties (en tarieven) in rekening mogen brengen bij de zorgverzekeraar of de patient. Naast prestatie- en tariefregulering is de NZa ook verantwoordelijk voor het opstellen van regelgeving. In beleidsregels beschrijft de NZa op welke wijze zij haar wettelijke taken en bevoegdheden vorm geeft (bijvoorbeeld de beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'. Maar daarnaast stelt de NZa ook regelingen (nadere regels) vast. Deze beschrijven welke verplichtingen op zorgaanbieders en zorgverzekeraars rusten. Bijvoorbeeld de regeling 'medisch specialistische zorg'. Deze regeling bevat verplichtingen rondom registeren, afleiden, declareren en informeren en zal er mede voor moeten zorgen dat de DOT-systematiek ook te handhaven is.

- Naast prestatiebeschrijving en tariefregulering houdt de NZa conform de Wmg (art. 16) toezicht op de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw. Voor het vereveningsonderzoek heeft de NZa een controleprotocol opgesteld waarbij de controle cq.

het onderzoek naar de juistheid van de diverse verantwoordingen van de zorgverzekeraars centraal staat. De NZa houdt tevens toezicht op gedeclareerde prestaties en tarieven door zorgaanbieders. De NZa kan bij gebleken overtreding van de regels handhaven via een aanwijzing, bestuursdwang, een boete of last onder dwangsom. De NZa heeft recent al enkele initiatieven genomen om het toezicht te versterken (zie hiervoor hoofdstuk 16).

- DNB oefent prudentieel toezicht op onder andere zorgverzekeraars uit erop gericht dat financiële instellingen solide en solvabele bedrijven zijn. Hiernaast oefent DNB integriteitstoezicht uit gericht op de bescherming en bevordering van de integriteit van het financiële stelsel in Nederland en op de integere bedrijfsvoering van de onder toezicht staande ondernemingen.

CVZ

Het CVZ adviseert de minister over welke zorg onder de Zvw zou moeten vallen. En het CVZ bevordert een eenduidige uitleg van welke zorg al dan niet op grond van de Zvw wordt gedekt, bijvoorbeeld naar aanleiding van een geschil tussen zorgverzekeraars en verzekerden. Het CVZ beheert hiernaast het Zorgverzekeringsfonds. Uit het Zorgverzekeringsfonds betaalt het CVZ de zorgverzekeraar de vereveningsbijdrage. Aanpassingen van het zorgpakket vinden doorgaans per de eerste dag van een nieuw kalenderjaar plaats. Nadere duidingen van het pakket die voortvloeien uit een standpunt, gaan in zodra het standpunt openbaar is gemaakt door het CVZ.

VWS

VWS is verantwoordelijk voor het stelsel van de gezondheidszorg, waaronder – in dit geval relevant - de Zvw en de Wmg en de op basis hiervan genomen besluiten. Hiervoor en voor de invulling van die wetten draagt de minister van VWS de politieke verantwoordelijkheid richting Kamer. In het verlengde hiervan ligt bij VWS de regie om stappen te zetten voor de invulling van de op basis van het regeerakkoord overeengekomen bezuiniging met betrekking tot de "toetsing rechtmatigheid van vergoeding conform Zvw".

7. Kernvraag: komt de ingediende declaratie voor vergoeding onder de basispolis in aanmerking?

De ingediende declaratie komt voor vergoeding onder de basispolis in aanmerking wanneer de volgende twee vragen positief worden beantwoord.

- a. Komt het DBC-product en/of de basispolis *inhoudelijk* overeen met het (collectief) verzekerd pakket?
- b. Komt het DBC-product en/of de basispolis *qua uitvoering* overeen met het (collectief) verzekerd pakket?

Ad. a. Om te borgen dat niet meer maar ook niet minder wordt vergoed dan het (collectief) verzekerd pakket dient te worden nagegaan of het vastgestelde verzekerd pakket uiteindelijk op de juiste manier is vertaald in de basispolis. Hierbij dient bedacht te worden dat de gehanteerde criteria bij het collectief verzekerd pakket niet parallel hoeven te lopen met richtlijnen op grond waarvan zorgactiviteiten plaatsvinden. Hiernaast zijn indicaties en zorgactiviteiten op de declaratie vertaald in DBC-zorgproducten en diagnoses. Bovendien komen niet alle zorgactiviteiten respectievelijk (delen) van zorgproducten voor vergoeding onder het collectief verzekerd pakket in aanmerking. In de mate dat onder andere het verzekerd pakket zich moeilijker in termen van DBC-zorgproducten laat vertalen, het DBC-systeem complexer is en het vergoeden of het niet vergoeden van meer voorwaarden afhankelijk is, zal de kans op vertaalfouten en/of -problemen groter zijn.

Ad. b. Hiernaast dient in de uitvoerings sfeer tenminste de verleende zorgactiviteiten (en het prijskaartje dat eraan hangt) en het op de declaratie opgenomen DBC-zorgproduct met elkaar te corresponderen. De verleende zorgactiviteit en de op de declaratie opgenomen activiteit kunnen van elkaar afwijken door bijvoorbeeld fraude, oneigenlijk gebruik of administratieve

vergissingen, maar ook doordat tussen de vergoede zorg en de bij het Zorgverzekeringsfonds gedeclareerde zorg verschillen kunnen zitten.

Om een juiste risicovereveningsbijdrage te kunnen vaststellen dienen door de zorgverzekeraars ten behoeve van de vaststelling van de risicovereveningsbijdrage bij het CVZ ingediende declaraties voor dit soort elementen te worden geschoond. Dit gebeurt door controle op in het bijzonder de volgende aspecten. De formele aspecten: 1. de juistheid van het tarief; 2. de aanwezigheid van de vereiste verwijzing of machtiging; en 3 of de geleverde zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk? De materiële aspecten: 1. Is de zorg feitelijk geleverd; en 2. is de geleverde zorg redelijkerwijs aangewezen?

Als de vragen a en/of b ontkennend worden beantwoord of niet kunnen worden beantwoord vormen dat (afgezien van overeengekomen "best practices") aandachtspunten ter verbetering van het proces. Hiernaast rijst dan de vraag hoe de controle en/of het toezicht kunnen worden verbeterd?

Indicaties voor misbruik of oneigenlijk gebruik van het collectief vastgesteld verzekeringspakket kunnen onder andere naar voren komen uit:

- het resultaat van controles door zorgverzekeraars (formele/materiële controle; algemene/specifieke risicoanalyses).
- informatie van patiëntenorganisaties;
- onderzoek met betrekking tot praktijkvariatie;
- meldingen bij meldpunten;
- risicoanalyses en verbandscontroles; en
- vergelijking van behaalde resultaten met indicatieve normen en/of bench marks.

Een goed geolied signaleringssysteem kan uiteraard veel problemen voorkomen.

8. De gekozen behandelingen

Het in dit project oppakken van een groot aantal behandelingen is te tijd- en kostenintensief. Daarom is er de voorkeur aan gegeven eerst aan de hand van een beperkt aantal behandelingen te bekijken waar verbeterpunten in de controle en het toezicht hierop bestaan. Het zou hierbij moeten gaan om behandelingen die goed beschreven zijn, waar al onderzoek naar is gedaan in het kader van gepast gebruik en/of praktijkvariatie, die niet te complex wat betreft behandelkeuzes zijn en die naar verwachting een substantieel besparingspotentieel kennen. Hiervan uitgaand zijn de volgende behandelingen gekozen, te weten:

- a) Varices (spataderen);
- b) P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen);
- c) Bovenoglid correcties; en
- d) HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi).

Hieronder worden de keuzen toegelicht en wordt een korte karakteristiek van de behandeling gegeven. De gegevens zijn afkomstig uit het DIS (= DBC(-zorgproducten) en zorgactiviteiten) en Vektis (= DBC(-zorgproducten)). Het betreft DBC's geopend in 2009 (peildatum DIS november 2011). DIS omvat alle door de zorginstellingen aangeleverde data, zowel verzekerde zorg als aanvullend of onverzekerde zorg (alles alleen tweedelijns), waarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen basis- aanvullende en onverzekerde zorg. Vektis bevat alle aan de zorgverzekeraars gedeclareerde DBC's. In hoeverre er zorg wordt geleverd die zorginstellingen direct aan de patiënt declareren en niet aan DIS en Vektis aanleveren is onbekend. De data ten behoeve van het DIS dienen verplicht te worden aangeleverd door alle zorgaanbieders op basis van regelgeving van de NZa. Data van het Vektis worden op vrijwillige basis door de zorgverzekeraars aangeleverd en zijn 100% dekkend zijn met uitzondering van niet verzekerde behandelingen. Tot voor kort kon op basis van de gegevens van alleen Vektis verzekerden over instellingen heen worden gevolgd; sinds begin 2012 kan dat ook op basis van gegevens van DIS.

8.1. Varices (spataderen)

Voor een omschrijving van varices wordt verwezen naar www.kwaliteitskoepel.nl respectievelijk de Zorginkoopgids: www.zn.nl. De richtlijn voor diagnostiek en behandeling van varices van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie dateert uit april 2007.

De diagnoses waarom het specifiek gaat zijn:

Specialis me	Omschrijving	Diagnos e	Omschrijving
0303	Heelkunde	423	varices van de onderste extremiteiten
0310	Dermatologi e	24	Varices

Bij de keuze van invasieve behandelingen van varices hebben de volgende specifieke overwegingen een rol gespeeld. Grote praktijkvariatie waargenomen⁵, wat kan duiden op overbehandeling; een illustratie van knelpunten rondom indicatiestelling: de beroepsverenigingen zijn het oneens met het CVZ over stadium C2; bovendien wordt de behandeling ook toegepast vanuit cosmetisch perspectief, er is dan geen sprake van een medische noodzaak; als zodanig is duidelijk wat wel/niet is verzekerd. Hiernaast blijkt uit onderzoek⁶ dat er aanwijzingen bestaan voor upcoding en overdeclaratie.

De behandeling kan als volgt worden gekarakteriseerd.

Varices		DBC-O	Vektis ⁷
Aantal patiënten	2009	80800	79700
Aantal DBC's ⁸	2009	103000	109000
	verzekerde zorg ⁹	99,8%	100%
	Aanvullend		0 %
Aantal instellingen	2009	139	150
	Academisch	4%	4%
	Algemeen	32%	31%
	Top	32%	31%
	ZBC's	33%	32%
	Overig		2%
Prijs			
% verandering	2009/2008 (obv 82%) ¹⁰		-5,9%
gemid prijs	2009		€ 960
geschat gemid. Prijs	2010		€ 900
Omzet			
% verandering	2009/2008 (obv 82%)		19%

⁵ Zie rapportage ZN, vektis en plexus inzake indicatoren indicatiestellingen, 15-7-2011.

⁶ Fleur Hasaart: Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care (juli 2011)

⁷ Omdat in DIS patiënten niet over instellingen zijn te volgen en in Vektis wel zijn de aantallen in de kolom "Vektis" in uitgangspunt hoger dan in de kolom "DBC-O".

⁸ Het aantal DBC's kan verschillen van het aantal DBC-zorgproducten dat vanaf 2012 in DIS komt vanwege nieuwe registratieregels.

⁹ Voor de goede orde wordt aangetekend dat de term "verzekerde zorg" hier enkel slaat op zorg met aanspraak op vergoeding uit het basispakket. Bij als onverzekerde zorg gelabelde zorg kan een zorgverzekeraar de zorg alsnog vergoeden als de patiënt hiervoor een aanvullende verzekering heeft. Deze indeling is een leidraad voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar hieraan kan niet de rechtmatigheid van de declaratie worden ontleend.

¹⁰ Omzet en prijzen zijn op basis van 82% van het jaar opgesteld; hierbij valt te bedenken dat veelal aan het einde van het jaar correcties of inhaalslagen plaatsvinden, waardoor de afwijking die zich aftekent uiteindelijk minder geprononceerd blijkt.

% verandering	2009/2008 (obv 82%)		16%
% verandering	2010/2009 (obv 82%)		11%
gemid. Omzet	2009 (obv 82%)		94 mln
geschat gemid. Omzet	2010 (obv 82%)		104 mln

Specifieke opmerkingen bij varices

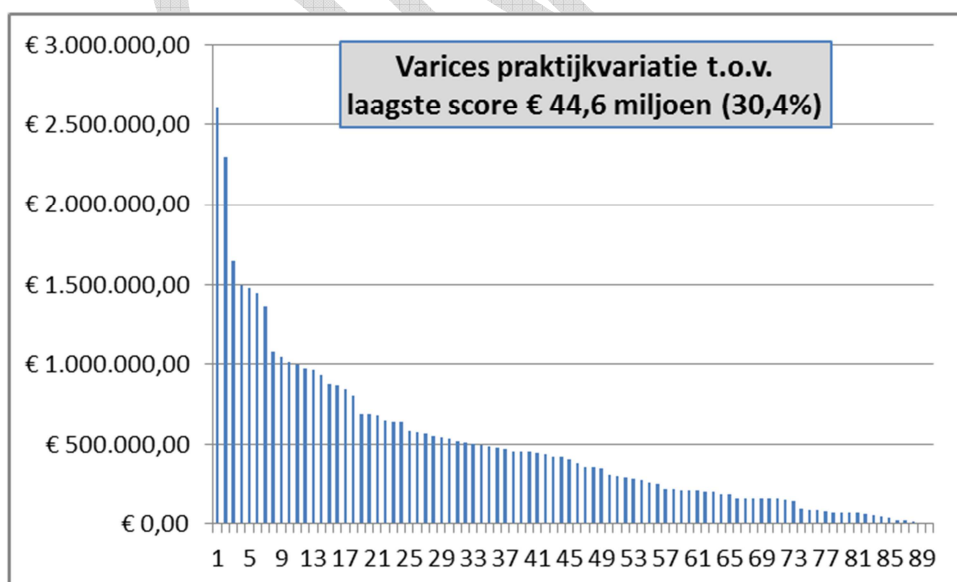
- Het aantal DBC's voor 2010 staat eind november 2011 al op 115000 waar de meter in 2009 uitkwam op 109000 (+ 5,5%).

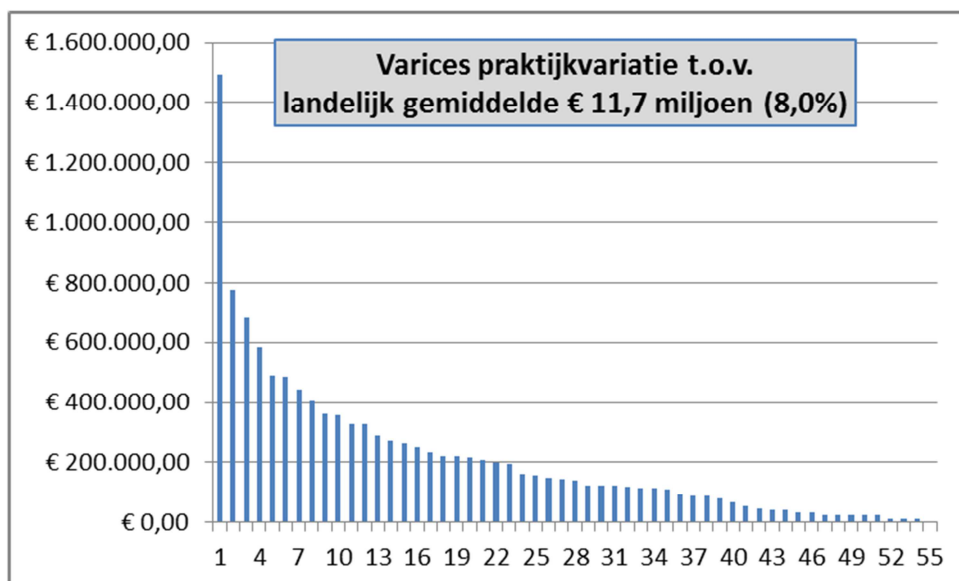
Om de rechtmatigheid van declaraties te kunnen vaststellen moeten declaraties worden gecontroleerd. Voor een goede uitvoering van deze controles dienen aan de hand van betrouwbare data onder andere opvallende afwijkingen of statische verbanden (de potentiële risico's) in kaart te worden gebracht. Vervolgens dienen deze te worden geanalyseerd en gewogen. De uitkomst hiervan indiceert de aandachtsgebieden waarop het risicobeheer (inclusief AO/IC) zich dient te richten. Hieronder zijn twee grafieken (met op de x-as de waarde en op de y-as de ziekenhuizen) opgenomen die een indicatie van de praktijkvariatie bij varices geven uitgaande van kostenafwijkingen op basis van DBC tarieven per patiënt tussen ziekenhuizen over de jaren 2008 t/m 2010. Berekening van de afwijkingen vindt plaats door aggregatie van historische DBC-gegevens per patiënt, per behandeling, per instelling en per tijdseenheid gecorrigeerd voor bestaande en algemeen bekende factoren zoals leeftijd, DKG en type instelling. In de berekening zijn de in het rapport opgenomen diagnoses meegenomen; indien hieronder de diagnose looptraining valt is die meegenomen. Uitgegaan is van twee varianten.

- De 1^e grafiek geeft de praktijkvariatie weer van alle ziekenhuizen ten opzichte van de laagste score, waarbij het ziekenhuis met de laagste score het ziekenhuis is met een relevant volume patiënten en waarbij de gemiddelde kosten per patiënt ruim onder het landelijk gemiddelde liggen.

- De 2^e grafiek geeft de praktijkvariatie weer van alle ziekenhuizen met gemiddelde kosten per patiënt boven het landelijk gemiddelde.

Naast de waarde van de praktijkvariatie (de gemiddelde kosten afwijkingen vermenigvuldigd met de aantallen patiënten) is in de grafieken het percentage van dat bedrag als deel van het totaal aantal declaraties over 2008 t/m 2010 met betrekking tot de gekozen behandeling getoond.





Mogelijke oorzaken van de afwijkingen tussen ziekenhuizen kunnen zijn:

- het aantal DBC-producten per verzekerde;
- het behandelende specialisme;
- de diagnose;
- de behandelvariant (poliklinisch/klinisch, invasief/conservatief, het tarief, het zorgproduct; en
- een niet bekende oorzaak.

Bij de bepaling van de praktijkvariatie is geen rekening gehouden met

- vertaalfouten bij de omzetting van het collectief verzekerd pakket naar het DBC-product;
- nog niet meegenomen beleidswijzigingen (bijvoorbeeld varices 2 geen collectief verzekerd pakket); en- systematisch over de gehele linie niet ontdekte onrechtmatigheden.

Deze factoren kunnen ertoe leiden dat de feitelijke praktijkvariatie groter is dan wordt getoond.

De controle en het toezicht hierop alsmede de concurrentie tussen zorgaanbieders onderling en zorgverzekeraars onderling bepalen of en in welke mate de verschillen kunnen worden verkleind. Het project PInCeT richt zich uitsluitend op de controle van declaraties.

8.2. P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen)

Voor een omschrijving van P.A.O.D. en in het bijzonder claudicatio intermittens (P.A.O.D.2), rustpijn (P.A.O.D.3) en gangreen (P.A.O.D.4) wordt verwezen naar www.kwaliteitskoepel.nl respectievelijk de Zorginkoopgids: www.zn.nl. De richtlijn diagnostiek en behandeling van arterieel vaatlijden van de onderste extremititeit [bij P.A.O.D.] van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Radiologie dateert uit april 2005. Hiernaast wordt verwezen naar de richtlijn claudicatio intermittens van het Koninklijk Genootschap voor fysiotherapie uit 2003.

De diagnoses waarom het specifiek gaat zijn:

Specialis me	Omschrijving	Diagn ose	Omschrijving
0303	Heelkunde	418	claudicatio intermittens (P.A.O.D.2)
		419	rustpijn (P.A.O.D.3)
		420	gangreen (P.A.O.D.4)
0362	Radiologie	191	Arteria Femoralis Communis
		192	Arteria Femoralis Superficialis
		193	Arteria Femoralis Profunda
		194	Arteria poplitea

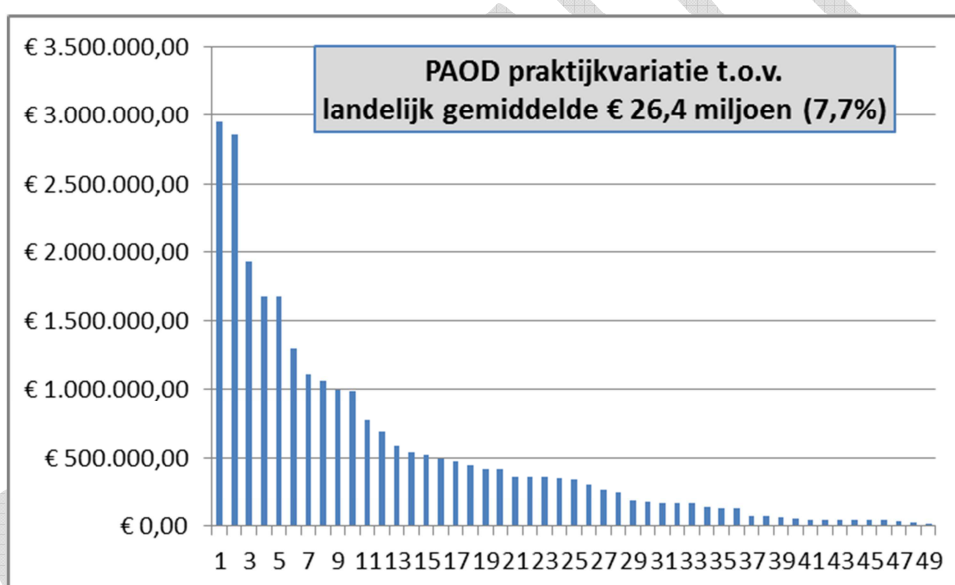
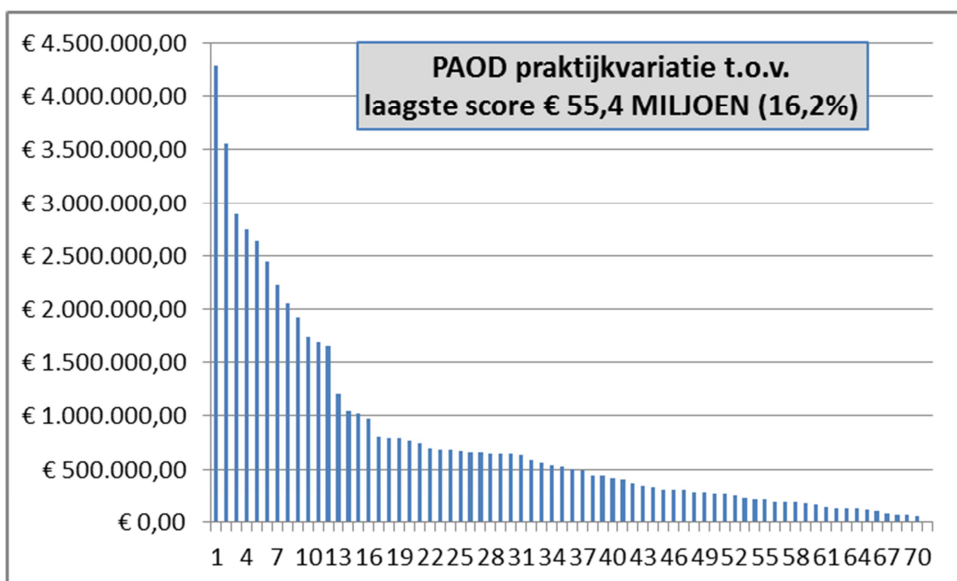
		195	Onderbeen en voetarteriën
		196	Femoropoplitea traject
		197	Femoro-cruraal traject
		198	Femoropoplitea bypass
		199	Crurale bypass

Bij de keuze van P.A.O.D. hebben de volgende specifieke overwegingen een rol gespeeld. Hoewel het volume relatief klein is, gaat het om dure behandelingen; grote praktijkvariatie is waargenomen⁵, wat kan duiden op overbehandeling; een illustratie van knelpunten rondom indicatiestelling; voor P.A.O.D.2 bestaat alleen een indicatie als eerdere intensieve looptraining geen effect heeft gehad (stepped care principe). De voorliggende behandeling valt echter niet onder de basispolis. De kans op te vroeg schakelen naar de meer risicovolle behandeling en de duurdere behandeling door middel van dotter, stentprocedures en bypassoperaties is aanwezig.

De behandeling kan als volgt worden gekarakteriseerd.

P.A.O.D.		DBC-O	Vektis
Aantal patiënten	2009	11800	11645
Aantal DBC's ⁷	2009	15400	15550
	Verzekerde zorg ⁹	100%	100%
	Aanvullend		0%
Aantal instellingen	2009	91	92
	Academisch	9%	9%
	Algemeen	41%	40%
	Top	50%	51%
	ZBC's		
	Overig		
Prijs			
% verandering	2009/2008 (obv 82%) ¹⁰		-1,3%
gemid. prijs	2009		€ 9000
geschat gemid. prijs	2010		€ 8900
Omzet			
% verandering	2009/2008 (obv 82%)		12%
% verandering	2009/2008 (obv 98%)		12%
% verandering	2010/2009 (obv 82%)		10%
gemid. Omzet	2009 (obv 82%)		113 mln
geschat gemid. Omzet	2010 (obv 82%)		126 mln

De hieronder opgenomen twee grafieken geven een indicatie van de praktijkvariatie bij P.A.O.D. Uitgegaan is van twee varianten. Zie voor verdere toelichting par.8.1.



8.3. Boven ooglid correcties

Voor een omschrijving van (boven)ooglid correcties wordt verwezen naar www.kwaliteitskoepel.nl respectievelijk de Zorginkoopgids: www.zn.nl. De richtlijn bovenoogleden van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie dateert van 2008.

De diagnoses waarom het specifiek gaat zijn:

Specialisatie	Omschrijving	Diagnose	Omschrijving
0301	Oogheelkunde	251 (vanaf 2011)	ptosis verworven
		252 (vanaf	ptosis congenita ¹¹

¹¹ Vanaf 2011 moet de zorgprofessional via de diagnosetypering aangegeven of er van een aangeboren afwijking sprake is (verzekerde zorg). Bij verworven ptosis moet de arts met een indicatie van medische noodzaak aangeven of er van (aanvullend) verzekerde zorg sprake is. In DOT kunnen beide diagnoses (aangeboren en verworven) naar hetzelfde DBC-zorgproduct afleiden maar wordt op de nota wel de

		2011)	
		254 (tot 2011)	Ptoxis
		255	Dermatochalasis
0304	Plastische chirurgie	131	Blepharoplastiek, onder of boven enkel- of dubbelzijdig
		132	Blepharoplastiek, onder of boven
		133	Correctie ptoxis palpebrae, levator platiek of frontalis suspensie
		125	Locale correctie ptoxis wenkbrauwen

Bij de keuze van de invasieve behandeling van bovenooglid correcties hebben de volgende specifieke overwegingen een rol gespeeld. Het betreft, een klein aantal gevallen uitgezonderd, geen verzekerde zorg in het basispakket, afhankelijk van de polis is wel vergoeding mogelijk uit aanvullende verzekering; substitutiemogelijkheden bestaan in het bijzonder bij wenkbrauwcorrecties; plastische chirurgie versus oogheelkunde. Interessant om te bezien wat de relatie is tussen de wettelijke omschrijving en de DBC-systematiek.

De behandeling kan als volgt worden gekarakteriseerd.

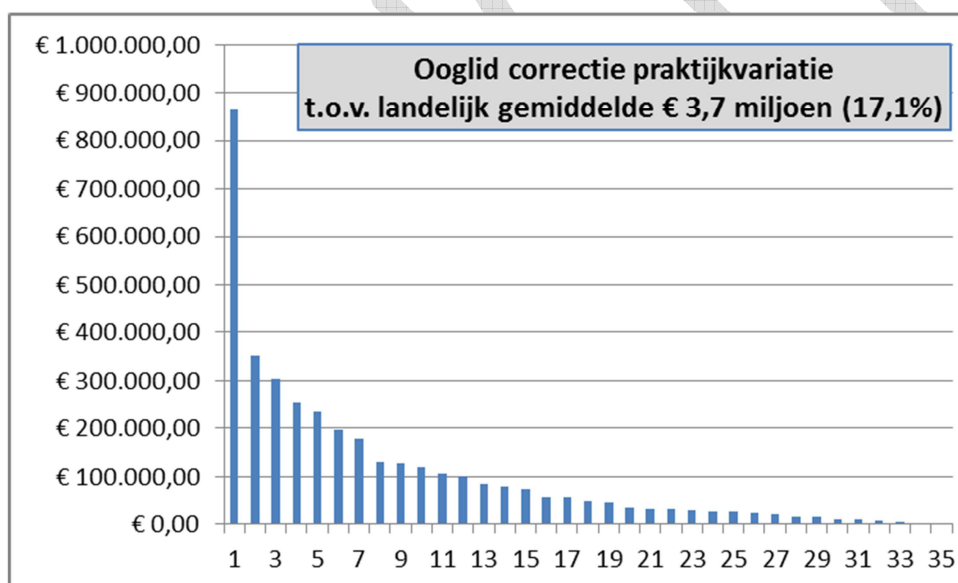
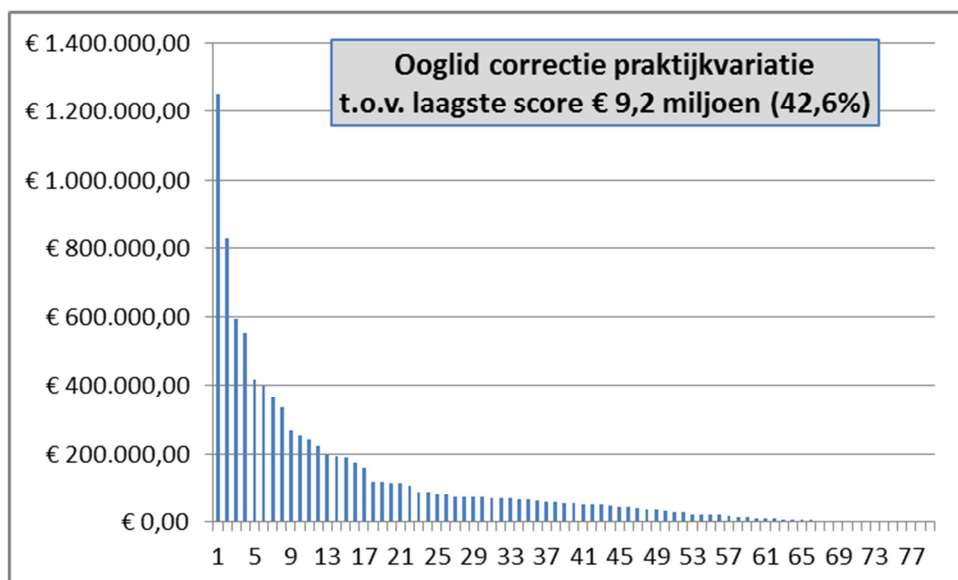
Bovenooglidcorrecties		DBC-O	Vektis
Aantal patiënten	2009	11100	7600
Aantal DBC's ⁷	2009	12700	7950
	Verzekerde zorg ⁹	44%	32%
	waarvan aanvullend		77%
Aantal instellingen	2009	119	133
	Academisch	8%	3%
	Algemeen	44%	41%
	Top	41%	39%
	ZBC's	7%	17%
	Overig		
Prijs			
% verandering	2009/2008 (obv 82%) ¹⁰		-7,7%
gemid prijs	2009		€ 1280
geschat gemid prijs	2010		€ 1180
Omzet			
% verandering	2009/2008 (obv 82%)		9%
% verandering	2009/2008 (obv 98%)		-4%
% verandering	2010/2009 (obv 82%)		37%
gemid. Omzet	2009 (obv 82%)		7,5 mln
geschat gemid. Omzet	2010 (obv 82%)		10,3 mln

Specifieke opmerkingen bij bovenooglidcorrecties

- Hoewel bij de ooglidcorrecties geen onderscheid wordt gemaakt tussen boven- en onderooglidcorrecties komen in de praktijk onderooglidcorrecties zo goed als niet voor.
- Een verklaring voor het verschil in aantal DBC's tussen DIS en Vektis is niet gevonden. Mogelijk spelen correcties die pas na declaratie zijn aangebracht een rol, als deze niet naar DIS zijn gestuurd.

- In aanvulling op de tabel wordt opgemerkt, dat 60% van de 20500 ingrepen door plastisch chirurgen plaats vindt en 40% door oogartsen.
- De ontwikkeling van het aantal wenkbrauwcorrecties doet niet veronderstellen dat van substitutie tussen bovenooglid en wenkbrauwoperaties sprake is.

De hieronder opgenomen twee grafieken geven een indicatie van de praktijkvariatie bij bovenooglidcorrecties. Uitgegaan is van twee varianten. Zie voor verdere toelichting par 8.1.



8.4. HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi)

Voor een omschrijving van HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi) wordt verwezen naar www.kwaliteitskoepel.nl respectievelijk de Zorginkoopgids: www.zn.nl. De richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie dateert uit 2008.

De diagnoses waarom het specifiek gaat zijn:

Specialisme	Omschrijvi	Diagnose	Omschrijving
-------------	------------	----------	--------------

	ng		
0308	Neurochirurgie	2525	cervicale laterale of anterieure discectomie
		2527	cervicale laterale of anterieure discectomie wegens recidief
		2530	cervicale anterieure discectomie met spondylodese
		2535	cervicale foraminotomie (dorsaal) eventueel discotomie
		2510/2515	verruimende laminectomie (beperkt of uitgebreide)
		2550/2555	lumbosacrale disceotomie enkelv, meerv of bijz techn
		2560	operaties wegens recidief HNP lumbaal
		2565	uitgebreide decompressie met spondylodese en evt. instrumentatie hele wervelkolom (anders 2310)
		2505	HNP minimaal invasief
0305	Orthopedie	1220	thorale/lumbale wervelkolm - kanaal stenose
		1360	HNP: thoracale/lumbale wervelkolom
0330	Neurologie	1203	lumbosacraal radiculair syndroom/Hernia nucleii pulposi lumbaal

Bij de keuze van HNP hebben de volgende specifieke overwegingen een rol gespeeld. Grote praktijkvariatie waargenomen⁵, wat onder andere kan duiden op overbehandeling (naast verschillen in kostenpatronen); en aanzienlijke controleproblemen. Hiernaast blijkt uit onderzoek dat aanwijzingen voor overdeclaratie⁶ bestaan.

De behandeling kan als volgt worden gekarakteriseerd.

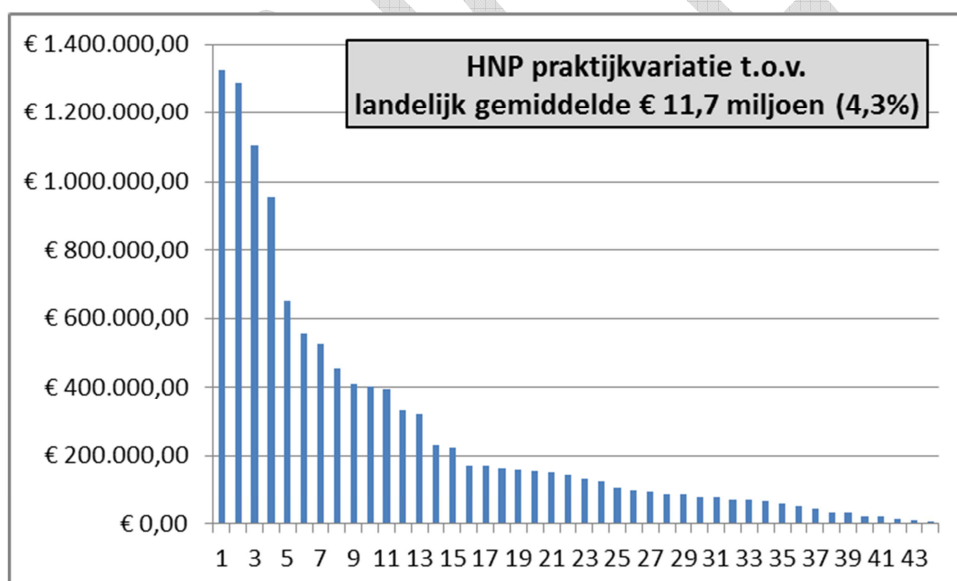
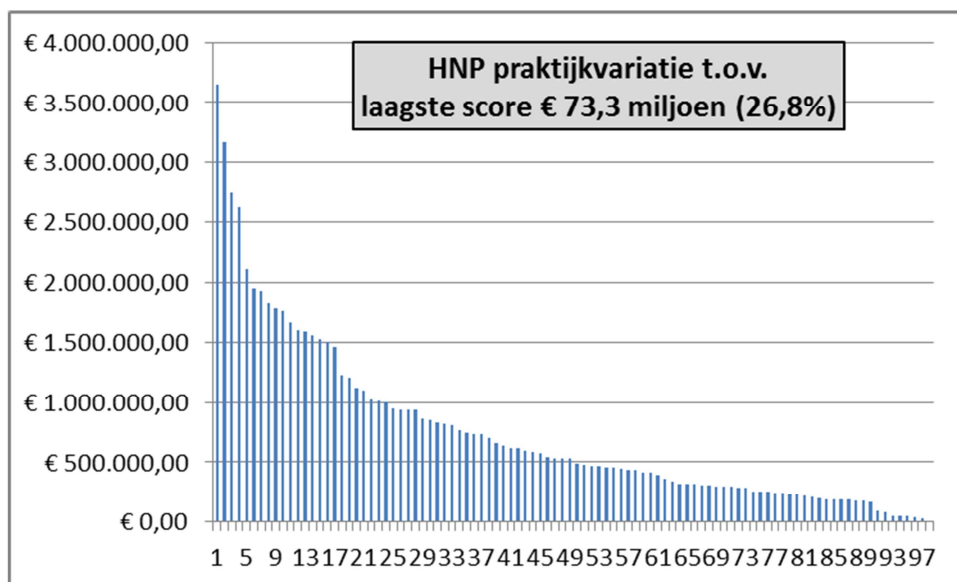
HNP		DBC-O	Vektis
Aantal patiënten	2009	19700	
Aantal operatieve DBC's ⁷	2009	20000	
	Verzekerde zorg ⁹	20000	
	Aanvullend	-	
Aantal instellingen	2009	75	
	Academisch	8%	
	Algemeen	30%	
	Top	60%	
	ZBC's	2%	
	Overig	-	
Prijs			
% verandering	2009/2008 (obv 82%) ¹⁰		
gemid prijs	2009		
geschat gemid prijs	2010		
Omzet			
% verandering	2009/2008 (obv 82%)		
% verandering	2009/2008 (obv 98%)		
% verandering	2010/2009 (obv 82%)		
gemid. Omzet	2009 (obv 82%)		

geschat gemid. Omzet	2010 (obv 82%)		
----------------------	----------------	--	--

Specifieke aandachtspunten bij HNP

- [Invullen]

De hieronder opgenomen twee grafieken geven een indicatie van de praktijkvariatie bij HNP. Zie voor verdere toelichting par. 8.1.



[**Actie: Vektis:** graag data HNP aanvullen; zie hiervoor met betrekking tot varices, P.A.O.D. en bovenooglidcorrecties]

8.5. Behandelingen: Wat zijn aandachtspunten vanuit controleoptiek?

Algemeen

- Waar normen vanuit medisch perspectief passend zijn, blijkt dat niet altijd vanuit controleoptiek passend en transparant te zijn; zij zijn daarvoor ook niet primair bedoeld. Dat is

wel belangrijk voor patiënt, zorgaanbieder, zorgverzekeraar, de accountant en de toezichthouder om de declaratie op waarde te kunnen schatten. Overigens kunnen zorgverzekeraars afspraken maken niet meer of minder in te kopen wanneer zij onvoldoende kunnen controleren of een declaratie rechtmatig is.

- Er bestaan geen systematische risicoanalyses en signaleringsmechanismen van risico's op landelijk niveau, terwijl op ziekenhuis- en zorgverzekeraarniveau genoeg moet worden genomen met beperktere mogelijkheden tot risicoanalyse vanwege kleinere populaties en minder kwaliteit van data.
- Wat patiënten voor eigen betalingen/rekening doen blijkt niet uit de gegevens van DBC-Onderhoud en Vektis; dat kan slechts uit de ziekenhuisadministraties worden gehaald. Hierdoor is de mogelijkheid tot controle beperkter.
- In de AO/IC (van de zorgaanbieder) wordt geen onderscheid gemaakt tussen verzekerde zorg (basispolis) en onverzekerde zorg (aanvullende polis).
- Het CVZ legt de aanspraak vast op het niveau van zorgactiviteiten, meestal een ingreep. Het DBC-zorgproduct omvat echter meerdere zorgactiviteiten (consulten, diagnostiek). Strikt genomen zijn de consulten en diagnostiek wel onderdeel van het verzekerde pakket. Indien een patiënt op consult gaat en de voorgestelde behandeling blijkt niet verzekerde zorg te zijn dan komt ook het consult voor eigen rekening. Het DBC-zorgproduct wordt dan in zijn geheel aan de verzekeraar gedeclareerd.

Specifieke aandachtspunten bij *varices* (zie paragraaf 8.1.)

- De data van DBC-Onderhoud en Vektis geven, in tegenstelling tot DIS, geen inzicht in het deel van de behandelingen dat buiten het collectief verzekerd pakket valt (: C0, C1 en C2), terwijl dat potentieel risicogevoelig is. Deze conclusie vloeit voort uit het feit dat de verzekerde zorg als 100% in de kolom "Vektis" staat opgenomen. De controle wordt bemoeilijkt omdat de zorgprofessional/zorgaanbieder niet hoeft te verklaren dat sprake is van collectief verzekerde zorg of niet. Als de zorgverlener wel de medische indicatie aangeeft, sluit dat niet uit dat "vinkjes" ten onrechte worden gezet. Merk op dat de C2 in 2009 (het jaar waaruit de gegevens komen) nog niet als onverzekerde zorg gold.

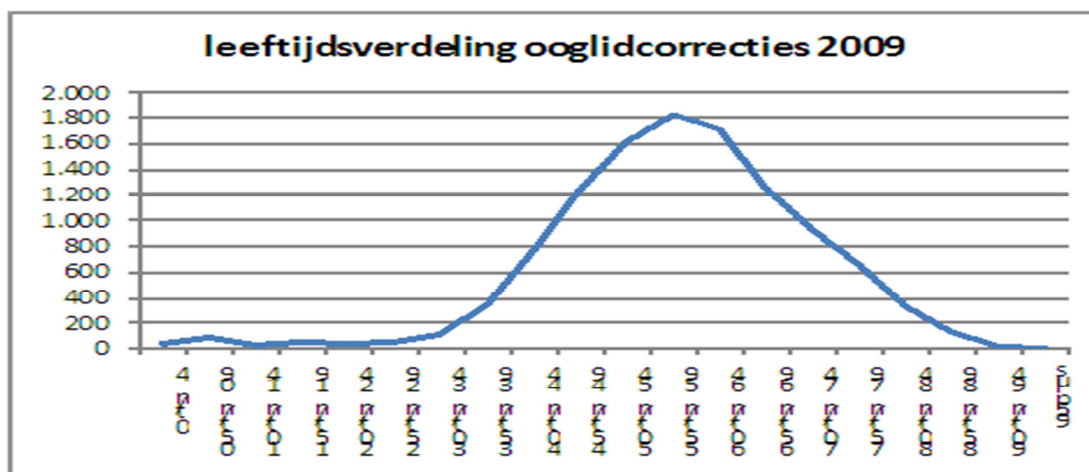
Specifieke aandachtspunten bij *P.A.O.D.* (zie paragraaf 8.2.)

- Op basis van de desbetreffende richtlijn van de beroepsorganisatie wordt bij PAOD 2 het stepped care principe ter overweging gegeven, afhankelijk van de individuele patiënt: eerst stoppen met roken en gesuperviseerde looptraining en dan opereren. Naar verwachting kan dit in circa 50% van de vaatreconstructie-operaties bij P.A.O.D. 2 vervangen.
- De bij DBC-Onderhoud en Vektis bekende data geven geen inzicht of en in hoeverre het stepped care principe is/wordt uitgevoerd. Dit bemoeilijkt de controle en vergroot de kans op praktijkvariatie.
- Uit onderzoek [] is gebleken dat 50 tot 60% van de patiënten fysiotherapie heeft gehad. Dat wil echter niet zeggen dat rest geen fysiotherapie heeft gehad. Dat kunnen ook patiënten betreffen die de fysiotherapie zelf hebben betaald, omdat fysiotherapie voorafgaand aan P.A.O.D. 2 niet in de basisverzekering zit. Het ontbreken van deze data bemoeilijkt de controle. Bovendien gaan de data verloren bij het wisselen van zorgverzekeraar.
- Bij P.A.O.D. 2 is het dus zo, dat volgens de richtlijn er eerst fysiotherapie moet worden gevolgd voordat men gaat opereren. De fysiotherapie is echter voor eigen rekening van de patiënt (tenzij aanvullende verzekering), de operatie niet. Dit kan leiden tot een verkeerde prikkel.

Specifieke aandachtspunten bij *bovenooglidcorrecties* (zie paragraaf 8.3.)

- Het is niet bekend waarom het aantal DBC's in de kolom "Vektis" veel lager is dan in de kolom "DBC-O". Een mogelijke verklaring zou kunnen liggen in het feit dat Vektis alleen gegevens krijgt aangeleverd van de zorg die door de zorgverzekeraars wordt vergoed. DIS krijgt meer gegevens binnen, namelijk ook van de zorg die niet door zorgverzekeraars wordt vergoed.

- Het % verzekerde zorg komt als zeer hoog voor gelet op het feit dat alleen aangeboren afwijkingen voor verzekerde zorg in aanmerking komen gelet op de leeftijdsverdeling van ooglidcorrecties.
- De meeste indicaties zijn doorgaans aanleiding voor een operatie beneden de leeftijd van 6 jaar. Er zijn enkele aangeboren afwijkingen die zich pas op latere leeftijd (boven 20 jaar) ontwikkelen. Controle zou kunnen plaatsvinden via leeftijdsbeoordelingen; leeftijdsbeoordelingen door zorgverzekeraars hebben evenwel nog niet plaatsgevonden.



Specifieke aandachtspunten bij *HNP* (zie paragraaf 8.4.)

- In professionele richtlijnen worden indicaties voor diagnostiek en behandeling beschreven, maar die indicaties worden er op de declaraties niet bijgeleverd. Bij rughernia is er bijvoorbeeld een indicatie voor een operatieve behandeling als de klachten na zes weken niet spontaan of met conservatieve behandeling zijn verminderd of verdwenen. Dus je zou moeten kunnen zien dat iemand op het moment van de operatie al minimaal zes weken voor rughernia in behandeling was. Aangezien die behandeling geheel of gedeeltelijk door de huisarts is uitgevoerd en de declaratie geen zorgactiviteiten vermeldt, kunnen zorgverzekeraars dat niet aan declaratie-informatie zien.
- Problemen bestaan bij het aangeven welke zorgactiviteit onder welke diagnosecode valt. De diagnosecodes zijn kennelijk te algemeen en slechts beperkt bruikbaar.
- Ondanks de richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom bestond de indruk tot voor kort dat andere endoscopische technieken wel worden vergoed uit de basisverzekering en de PTED (Percutane Transforaminale Endoscopische Dissectomie) niet. Beide worden niet vergoed uit de basisverzekering. De vraag is in hoeverre endoscopische technieken voor rekening van de basisverzekering zijn/worden uitgevoerd bij *HNP*?

9. De Zorgverzekeringswet

In artikel 11 van de Zvw is geregeld in welke prestaties een zorgverzekering dient te voorzien. Ook is in dit artikel de verplichting van de zorgverzekeraars vastgelegd om de te verzekeren prestaties in de zorgverzekering/polis op te nemen en te vertalen naar verzekerde prestaties. De verzekerde ontleent zijn recht op verzekerde zorg of recht op vergoeding van de kosten van zorg aan de zorgverzekeringsovereenkomst (de polis) die hij met een zorgverzekeraar heeft gesloten. Welke zorg dat is, is geregeld in het Besluit zorgverzekering (Bzv). De volgende te verzekeren prestaties zijn opgenomen in de artikelen 2.4 tot en met 2.15: geneeskundige zorg (waaronder begrepen huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, verloskundige zorg, paramedische zorg en op genezing gerichte GGZ), mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging (waaronder begrepen kraamzorg), verblijf en vervoer. Sommige van deze zorgvormen zijn in meer algemene termen beschreven, zoals huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg. Andere zorgvormen zijn meer in detail geregeld, en soms is sprake van een limitatieve opsomming.

Met de invoering van de Zvw is er voor gekozen om de te verzekeren prestaties – de prestaties die zorgverzekeraars in hun modelpolissen moeten vertalen naar verzekerde prestaties – functioneel te omschrijven. Alleen het wat (de inhoud en omvang van de zorg) en het wanneer (de indicatiegebieden) zijn in de regelgeving opgenomen. Wie de zorg verleent en waar de zorg wordt verleend, is ter bepaling van de zorgverzekeraars. Voor sommige zorgvormen (die meer in algemene termen worden beschreven) is dit in de wet vormgegeven door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners in combinatie met de term 'plegen te bieden'. Door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners ('zorg zoals die en die zorgverleners die plegen te bieden') worden de inhoud en omvang van de zorg geconcretiseerd. Anderzijds wordt door de gekozen formulering niet dwingend voorgeschreven door welk type zorgverlener de zorg verleend moet worden wil er sprake zijn van een te verzekeren prestatie.

Op grond van artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg is de NZa belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld.

10. Pakketbeheer CVZ

10.1. Pakketbeheer CVZ: Het proces
 Het CVZ adviseert VWS over het verzekerde pakket. VWS stelt het pakket vast. De Zvw geeft aan op welke medisch noodzakelijke zorg iemand recht heeft. Vertrekpunt van het pakketbeheer vormt de omschrijving van de 'te verzekeren prestaties', zoals deze in de Zvw zijn vastgelegd. De polis van de verzekeraar vertaalt deze 'te verzekeren prestaties' naar 'verzekerde prestaties', die aangeven op welke zorg, waar en bij wie recht bestaat. Het CVZ toetst of een bepaalde zorgvoorziening voldoet aan de wettelijke criteria en dus tot de te verzekeren prestaties kan worden gerekend. Ter verduidelijking van het verzekerde pakket kiest het CVZ zelf pakketonderdelen waarover het belangrijk wordt gevonden uitleg te geven. Hiernaast geeft het CVZ uitleg van de aard, inhoud en omvang van de collectief verzekerde zorg naar aanleiding van bijvoorbeeld vragen van zorgaanbieders of zorgverzekeraars of een geschil tussen zorgverzekeraars en verzekerden. Over het pakketbeheer in de praktijk heeft het CVZ de volgende rapporten uitgebracht: 'Pakketbeheer in de praktijk' van 21 december 2006 (publicatienummer 245) en 'Pakketbeheer in de Praktijk 2' van 2 juni 2009: zie www.cvz.nl/publicaties/rapporten. Bij zijn taken overlegt het CVZ met onder andere de beroepsverenigingen, de NVZ, DBC-onderhoud, ZN en de NZa. DBC-onderhoud verwerkt in de prestatiebeschrijving of het om verzekerde of onverzekerde zorg gaat of onder voorwaarden verzekerd ten dienste van de zorgverzekeraars. Dit is echter geen onderdeel van de wettelijke vaststelling door de NZa en de vertaling van de te verzekeren prestaties zorgproducten in de polissen blijft een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar."

10.2. Pakketbeheer CVZ: Wat behoort tot het verzekerd pakket?

Een behandeling moet in het algemeen effectief zijn (stand van wetenschap en praktijk), maar daarnaast moet de verzekerde ook een indicatie hebben voor de behandeling (medische noodzaak). De vier behandelingen hebben alle vier betrekking op het indicatiebereik. Hierna zullen we per onderwerp aangeven bij welke indicaties de behandeling te verzekeren zorg is en op welke manier de benodigde informatie verkregen kan worden.

10.2.1. Pakketbeheer CVZ: Varices (spataderen)

Het betreft invasieve behandelingen van varices, die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Varices operaties worden zowel vanwege cosmetische redenen gedaan als vanwege een medische noodzaak. Bij cosmetische behandelingen is geen sprake van een medische behoefte aan zorg, ze zijn in de Zvw daarom ook van vergoeding uitgesloten. Bij varices geldt dus een extra controle voor de vraag welke behandelingen rechtmatige ten laste van het basispakket gebracht mogen worden.

10.2.1.1. Pakketbeheer CVZ: Wettelijke regels

- Artikel 10 Zvw: Geneeskundige zorg
- Artikel 2.4, eerste lid, Bzv: geneeskundige zorg omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
- Artikel 2.1, lid 2, Bzv: de zorg voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk
- Artikel 2.1, lid 3 Bzv : verzekerden hebben alleen recht op vergoeding als ze daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen
- Artikel 2.4, lid 1, onder b, Bzv: Behandelingen van plastisch-chirurgische aard behoren slechts onder bepaalde voorwaarden tot de te verzekeren prestaties van de Zvw, namelijk indien de plastisch-chirurgische behandeling strekt tot correctie van:
 - afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

10.2.1.2. Pakketbeheer CVZ: Standpunt

Het CVZ heeft op basis van richtlijnen en medische literatuur de afbakening tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen vastgesteld. Het standpunt van het CVZ luidt als volgt:

- Invasieve behandeling van C3, C4, C5 en C6 varices behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Bij die indicaties staat de medische noodzaak voor invasieve behandeling niet ter discussie;
- Invasieve behandeling van C0, C1 en C2 varices behoort niet tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Van een medische noodzaak voor behandeling is niet (C0, C1) resp. onvoldoende (C2) gebleken. C0, C1 en C2 varices veroorzaken ook geen ernstige bewegingsbeperking ('lichamelijke functiestoornis'); evenmin kunnen zij als een ernstige misvorming ('verminking') worden aangeduid. Verder is psychisch lijden als mogelijk gevolg van (ervaren) ontsiering van het been/de benen, geen grond voor vergoeding van invasieve behandeling van varices vanuit de basisverzekering. Invasieve behandeling van C0, C1 en C2 varices valt niet onder de dekking van de Zorgverzekeringswet en krijgt in het kader van die wet het predicaat 'cosmetisch'.

Bron: Rapport CVZ: Varices: medisch noodzakelijke versus cosmetische behandelingen, Datum: 25 maart 2011 (2010112726 (zaaknummer 2010024825))

10.2.1.3. Pakketbeheer CVZ: Uitvoering

- Er is sprake van een algemene indicatiebeperking
- Om te weten of een varices behandeling op grond van het basispakket gedeclareerd kan worden, moet bekend zijn of er sprake is van C3, C4, C5 of C6 varices.
- Deze informatie is persoonsgebonden. Er zal dus op de een of andere manier over gerapporteerd moeten worden ofwel door de verzekerde ofwel door de zorgverlener.

10.2.2. Pakketbeheer CVZ: P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen)

Peripheral artery occlusive disease (P.A.O.D.) is een aandoening, die zowel invasief als conservatief behandeld kan worden. Er is recente literatuur over stepped care: looptraining verlicht klachten en zou eerst moeten worden ingezet voordat invasief ingrijpen aan de orde is. Er zijn signalen dat er mogelijk te snel wordt ingegrepen. Het gaat dan dotter- en stentprocedures uitgevoerd door interventieradiologen.

Vanuit verzekeringsoogpunt speelt hier de vraag of een verzekerde al redelijkerwijs is aangewezen op de invasieve behandeling. Het behandeltraject zal dus inzichtelijk moeten zijn.

Standpunt: geen eerdere duiding

10.2.3. Pakketbeheer CVZ: Bovenoglidcorrecties

Er bestaat geen aanspraak op behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Het betreft invasieve behandeling van bovenoogleden. Bovenooglidcorrecties worden doorgaans alleen maar vanwege cosmetische redenen gedaan. In een klein aantal gevallen kan wel gesproken worden van een medische noodzaak. Bij cosmetische behandelingen is geen sprake van een behoefte aan zorg, ze zijn in de Zvw daarom ook van vergoeding uitgesloten. Bij bovenooglidcorrecties geldt daarom een extra controle voor de vraag of de behandelingen niet ten laste van het basispakket gebracht worden. Daarnaast kunnen wenkbrauwliftten ook een gezichtsveldbeperking opheffen. Controle op substitutie lijkt aangewezen.

10.2.3.1. Pakketbeheer CVZ: Wettelijke regels

- Artikel 10 Zvw: Geneeskundige zorg
- Artikel 2.4, eerste lid, Bzv: geneeskundige zorg omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
- Artikel 2.1, lid 2, Bzv: de zorg voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk
- Artikel 2.1, lid 3, Bzv : verzekeren hebben alleen recht op vergoeding als ze daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen
- Artikel 2.1 Rvz: Geneeskundige zorg omvat niet:
 - behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

10.2.3.2. Pakketbeheer CVZ: Standpunt

Voorbeeld van een dergelijke aangeboren afwijking is het BPES-syndroom, die een dusdanige verslapping van de bovenoogleden tot gevolg kan hebben dat het gezichtsveld van jonge kinderen ernstig kan worden beperkt. Kinderen met zulke aangeboren afwijkingen aan de oogleden hebben op dat moment nog niet in alle gevallen een gezichtbeperking maar krijgen die wel door de afwijking.

Werkwijzer: De VAGZ heeft in november 2010 De "Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard" vastgesteld. Daarin staat:

"Bovenooglidcorrecties

Behandelingen van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening zijn met ingang van 1 januari 2005 uitgesloten van verzekerde zorg. Dit behoort dus ook niet tot de aanspraak in geval van verminking of aantoonbare functiestoornis.

Indien er sprake is van behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening dan komt deze behandeling voor vergoeding in aanmerking. Er hoeft daarbij geen sprake te zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Er geldt echter wel dat men er redelijkerwijs op aangewezen dient te zijn."

10.2.3.3. Pakketbeheer CVZ: Uitvoering

- Er is sprake van een algemene uitsluiting. Slechts voor twee situaties geldt een uitzondering
- De uitzondering is zeldzaam, de arts kan hierover informatie verschaffen
- Het risico van substitutie naar wenkbrauwliftten is aanwezig.

10.2.4. Pakketbeheer CVZ: HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi)

10.2.4.1. Pakketbeheer CVZ: Wettelijke regels

- Artikel 10 Zvw: Geneeskundige zorg

- Artikel 2.4, eerste lid, Bzv: geneeskundige zorg omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
- Artikel 2.1, lid 2, Bzv: de zorg voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk
- Artikel 2.1, lid 3, Bzv: verzekerden hebben alleen recht op vergoeding als ze daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen

10.2.4.2. Pakketbeheer CVZ: Standpunt

Het CVZ heeft een aantal standpunten uitgebracht over behandelmethoden van lumbale hernia's¹². Deze verklaren echter niet de waargenomen praktijkvariatie.

10.2.4.3. Pakketbeheer CVZ: Uitvoering

De regelgeving voor de hernia operaties is een open omschrijving zonder verdere wettelijke restricties. De juistheid van de indicatiestelling (conform de richtlijnen) kan alleen op basis van de dossiergegevens vastgesteld worden. In de praktijk blijken er verschillende methoden te zijn om een hernia operatie uit te voeren. Sommige ziekenhuizen trekken door speciale verwijzingen en mond op mond reclame meer patiënten uit het hele land.

In het rapport Rapportage indicatoren indicatiestelling (praktijkvariatie) over 2009¹³ blijkt dat de praktijkvariatie voor HNP groter is dan voor de overige aandoeningen (de gecorrigeerde p75 waarde op regionaal niveau is 63% groter dan de gecorrigeerde p25 waarde).

De verschillen zijn niet te verklaren zijn op basis van leeftijd of sociaaleconomische status.

10.3. Pakketbeheer CVZ: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- De ronde tafelgesprekken over gepast gebruik. De ronde tafel heeft een aantal projecten gedefinieerd, waarin gepast gebruik van zorg bevorderd wordt, belemmeringen geïdentificeerd en opgelost worden. Richtlijn conform handelen wordt zodoende via een scala aan interventies gestimuleerd en ondersteund.
- De ontwikkeling van het CVZ tot kwaliteitsinstituut. Het stimuleren van kwaliteit van zorg heeft veel parallellen met het verzekerde pakket. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid komen daarbij samen.

10.4. Pakketbeheer CVZ: Wat zijn aandachtspunten vanuit controleoptiek?

- Zijn de duidingen slechts op één wijze uitlegbaar? In de mate dat dat niet het geval is bemoeilijkt dat de controle. Een duiding van het CVZ geldt in de rechtspraak als een zwaar wegend deskundig advies, dat door de rechter marginaal getoetst wordt.
- Hoe is georganiseerd dat duidelijkheid bestaat over het verzekerd pakket bij de zorgaanbieders, zorgprofessionals en de zorgverzekeraars? Alle uitspraken worden gepubliceerd op de website van het CVZ en gepubliceerd in een Nieuwsbrief, waarop alle zorgverzekeraars geabonneerd zijn. De uitspraken worden verzonden naar de relevante wetenschappelijke verenigingen in de veronderstelling dat zij voor verdere verspreiding zorg dragen (zie 12.4). Aandachtspunt hierbij is dat uitspraken van het CVZ (met terugwerkende kracht) operationele gevolgen kunnen hebben voor veldpartijen die moeilijk uitvoerbaar zijn.
- Hoe worden risicovelden bepaald en hoe wordt ermee omgegaan? Het CVZ kan niet alle zorginterventies beoordelen. Op basis van signalen uit het veld (geschillen, vragen,

12

- Endoscopische transforaminale benadering van lumbale hernia en minimaal invasieve benadering van wervelkanaalstenose is geen te verzekeren prestatie. Datum: 10 oktober 2006
- Percutane transforaminale endoscopische discectomie bij lumbale hernia is niet conform de stand van wetenschap en praktijk. Datum: 10 juli 2008
- Percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) nog steeds niet conform stand van wetenschap en praktijk. Datum: 15 oktober 2010

¹³ Tot stand gekomen in opdracht en onder eindverantwoordelijkheid van Zorgverzekeraars Nederland

- wijzigingen in richtlijnen) en kostenontwikkelingen bepaalt het CVZ welke aandoeningen of interventies onderzocht worden (risicogericht pakketbeheer).
- Worden beleidswijzigingen gemonitord? Bijvoorbeeld de uitbreiding van de varices behandelingen in 2011 die niet meer tot het verzekerde pakket behoren met C2? Het CVZ volgt af en toe bepaalde onderwerpen waarover het geadviseerd heeft, maar doet dit niet structureel.
 - Niet in alle gevallen vinden duidingen door het CVZ plaats; zonder duidingen geldt bij twijfel: de verzekeraar bepaalt het zelf.
 - Zorgverleners en zorgaanbieders delen niet altijd de duidingen van het CVZ, bijvoorbeeld bij varices en bovenooglidcorrecties.
 - Bij zorgactiviteiten met een aanspraakbeperking bestaan 3 opties: 1. valt buiten het collectief verzekerd pakket (rood); 2. hangt af van voldoen aan bepaalde voorwaarden bijvoorbeeld een medische indicatie (oranje); indien aanwezig dan valt de behandeling binnen het collectief verzekerd pakket (voor zover voor het overige rechtmatig); en 3. De rest (kleurloos). De vraag met betrekking tot de 3e groep is hoe wordt bepaald of behandelingen onder het collectief verzekerd pakket vallen als het CVZ (nog) geen (her)beoordeling heeft gegeven. In het bijzonder rijst de vraag hoe de zorgverzekeraar tot de schifting tussen collectief en niet collectief verzekerd komt. Hier komt bij dat in de praktijk de 3e groep zorgactiviteiten voorlopig wordt vergoed en pas naderhand wordt gecontroleerd. In laatste instantie wordt de controle bepaald aan de hand van de zorgactiviteiten, echter dan moeten die activiteiten wel bij het risicobeheer als risico zijn geselecteerd. Als de controle negatief uitvalt dan moet de vergoeding worden teruggedraaid. Concluderend: de vraag is hoe zorgverzekeraars de controle uitvoeren?

11. Prestatiebeschrijving

11.1. Prestatiebeschrijving: Het proces

In de productstructuur DOT¹⁴ zijn prestaties gedefinieerd in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Binnen DOT vormen bovendien niet alleen de DBC-zorgproducten zelf de prestaties, maar het geheel van de zorgactiviteiten in een zorg-/subtraject én de vastgelegde typering op basis van de registratieregels tezamen met de afleidingsinformatie die in een grouper wordt afgelezen. Dus ook wanneer activiteiten aan een 'knoop' in DOT worden toegevoegd of eruit worden verwijderd, of wanneer de afleiding anders verloopt, is dit een wijziging van de prestatie. Wijzigingen in al deze onderdelen worden door DBC-onderhoud uitgewerkt in releases en vervolgens door de NZa beoordeeld en vastgesteld. Bij de beoordeling van de prestaties en tarieven hanteert de NZa een toetsingkader wat geformuleerd is in de beleidsregel 'beoordeling productstructuur DBC systematiek' (beleidsregel BR/CU-5044). Het doel van deze beleidsregel is om op een eenduidige en transparante wijze voor alle betrokken partijen vast te leggen welke (beleidsmatige) uitgangspunten de NZa hanteert bij (en welke eisen de NZa stelt aan) enerzijds de wijze van totstandkoming van de productstructuur en anderzijds aan de uiteindelijke productstructuur zelf. Hierin komen dus ook de beoordelingscriteria die de NZa hanteert in een beoordelingstraject aan bod.

De beslisregels in de productstructuur zorgen ervoor, dat (medisch inhoudelijk en kostentechnisch) vergelijkbare zorg bij een gelijke aandoening, tot hetzelfde DBC-zorgproduct leidt. DBC-Onderhoud zorgt voor een goed werkende, up to date productstructuur en is verantwoordelijk voor het (technisch) beheer van de systematiek. De NZa heeft de wettelijke verantwoordelijkheid voor de prestaties en tarieven. De productstructuur komt tot stand in nauwe samenwerking tussen DBC-Onderhoud, NZa, brancheverenigingen en wetenschappelijke verenigingen.

¹⁴ Zie NZa: http://www.nza.nl/98174/149057/DBC-zorgproducten_en_overige_producten_-_tarieventabel_NZa.xls of DBC-onderhoud: http://www.dbconderhoud.nl/index.php?option=com_docman&Itemid=404

Een beperkt aantal relatief dure zorgactiviteiten, met name intensive care en dure geneesmiddelen, blijft buiten het zorgproduct en wordt apart gedeclareerd. Dit worden de add-ons genoemd. Add-ons vallen onder groep overige producten.

Circa 70% van de medisch specialistische zorg valt vanaf 2012 in het vrije segment, waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de prijs van de DBC-zorgproducten onderhandelen. Voor zeer gespecialiseerde en dure zorg is de markt gereguleerd en gelden maximum tarieven waaronder zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook kunnen onderhandelen. De honoraria van de medisch specialisten zijn (muv ondersteunend specialisten), voor zowel vrij als gereguleerd segment, gemaximeerd.

11.2. Prestatiebeschrijving: de DBC-zorgproducten

11.2.1. Varices (spataderen)

Varices bevindt zich in het vrije segment. Behandeling van varices valt binnen DOT onder de DBC-zorgproductgroep 099799 'Hart en vaatstelsel – ziekten venen/lymfevaten/lymfeklieren niet elders geassocieerd'. Afhankelijk van de uitgevoerde zorgactiviteiten wordt één van de DBC-zorgproducten uit deze DBC-zorgproductgroep afgeleid [zie NZa beleidsregel BR/CU-2045].

Zorgproductcode	Omschrijving
99799006	Varices, Varicesoperatie zwaar = 1
99799007	Varices, Varicesoperatie zwaar >1
99799012	Varices, Laserbehandeling
99799017	Varices, Varicesoperatie middel=1
99799018	Varices, Varicesoperatie middel >1
99799026	Varices, Scleroseren varices licht

Tijdens de afleiding van bovenstaande producten wordt niet alleen gekeken welke specifieke verrichtingen er in de aangeleverde dataset zitten. Er wordt voor de verrichtingen met een aanspraakbeperking, waarvoor speciale voorwaarden gelden, ook nagegaan of er aan de medische indicatie vereisten wordt voldaan. Afhankelijk hiervan wordt er een declaratiecode meegeleverd voor verzekerde of onverzekerde zorg¹⁵.

11.2.2. P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen)

P.A.O.D. bevindt zich in het vrije segment. PAOD valt binnen DOT onder de DBC-zorgproductgroep 099699 'Hart en vaatstelsel – ziekten arteriën/arteriolen/capillairen (incl. precerebrale arteriën)'. Afhankelijk van de uitgevoerde zorgactiviteiten wordt één van de DBC-zorgproducten uit deze DBC-zorgproductgroep afgeleid [zie NZa beleidsregel BR/CU-2068].

Zorgproductcode	Omschrijving
99699015	PAOD, Amputatie/ oper bot zwaar, Zonder VPLD
99699016	PAOD, Amputatie/ oper bot zwaar, Met VPLD
99699040	PAOD, Oper huid/ weke delen zwaar/ middel, Zonder VPLD
99699041	PAOD, Oper huid/ weke delen zwaar/ middel, Met VPLD
99699044	PAOD, Amputatie/ oper bot middel, Zonder VPLD
99699045	PAOD, Amputatie/ oper bot middel, Met VPLD

¹⁵ In de RZ12c release is een correctie doorgevoerd. Diverse verrichtingencodes voor varices hebben een aanspraakcode toegewezen gekregen.

99699004	PAOD, Oper perifere vaten zeer zwaar/ endovasculaire stent, Zonder VPLD
99699098	PAOD 2/PAOD arm, Oper perifere vaten zeer zwaar/ endovasculaire stent, Met VPLD
99699099	PAOD 3, Oper perifere vaten zeer zwaar/ endovasculaire stent, Met VPLD
99699100	PAOD 4, Oper perifere vaten zeer zwaar/ endovasculaire stent, Met VPLD

DBC-zorgproducten 040 en 041 kennen een aanspraakbeperking, omdat een aantal plastisch chirurgische ingrepen hier naar afleiden. De rest valt onder verzekerde zorg

11.2.3. Boven ooglid correcties

Ooglidcorrecties bevinden zich met betrekking tot de oogheekkundige behandelingen in het vrije segment. Ooglidcorrecties valt binnen DOT onder de DBC-zorgproductgroep 990004 'Plastische chirurgie' (indien uitgevoerd door de plastisch chirurg) of onder de DBC-zorgproductgroep 079999 'Aandoeningen ooglid/traanapparaat/orbita (incl congenitaal / incl orbitatumor)' (indien uitgevoerd door de oogarts). Afhankelijk van de uitgevoerde zorgactiviteiten wordt één van de DBC-zorgproducten uit deze DBC-zorgproductgroepen afgeleid [zie NZa beleidsregel BR/CU-2068].

Zorgproductcode	Omschrijving
79999017	Operatie ooglid middel
79999019	Operatie ooglid zwaar (incl congenitaal)
990004072	Blepharoplastiek
990004064	Ptosis wenkbrauwen / oogleden / implantatie

Elk van de onderliggende zorgactiviteiten kent een aanspraakbeperking.

11.2.4. HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi)

HNP bevindt zich in het vrije segment. De diagnose HNP komt bij drie specialismen voor: neurologie (330), orthopedie (305) en neurochirurgie (308). In DOT valt dit in de DBC-zorgproductgroep 131999 Botspierstelsel-bindweefsel/Letsel – Ziekten botspierstelsel/bindweefsel en late gevolgen/vroege complexe trauma¹⁶.

[Zorgproducten volgen nog.]

11.3. Prestatiebeschrijving NZa: Wat zijn de interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- Met de invoering van het DOT-systeem is het risico van upcoding en overdeclaratie verminderd, omdat op basis van zorgactiviteiten geautomatiseerd en geüniformeerd DBC-zorgproducten worden afgeleid.
- De NZa heeft in jan 2012 een project "Perverse prikkels DOT" opgestart om de risico's op onbedoelde prikkels verder te inventariseren en om zondig de DOT-systematiek te verbeteren. De komende jaren zal de DOT-systematiek nog verder worden verbeterd. De NZa heeft de verbeterpunten gepubliceerd in de Doorontwikkelagenda DOT. Eén van de verbeterpunten is de aanpak van onbedoelde prikkels, omdat ook binnen DOT nog risico's hierop resteren. De risico's zijn in 2011 al enigszins in kaart gebracht. Een

¹⁶ De diagnose komt ook voor in twee andere zorgproductgroepen, die we hier buiten beschouwing zullen laten: 182199 Symptomen / ov contacten (alleen conservatieve producten) en 990030: kinderneurologie (alleen diagnose 1211 spinale stenose komt hierin voor).

ander doorontwikkelpunt is een verdere verbetering van de definities van zorgactiviteiten.

- 11.4. Prestatiebeschrijving: Wat zijn de aandachtspunten vanuit controleoptiek?
- Hoe is verzekerd dat het (collectief) verzekerd pakket adequaat in DBC-zorgproducten is/wordt vertaald? Op onderdelen wijkt het DBC-zorgproduct af van de aanspraak onder de Zvw. Sluiten de gedefinieerde zorgactiviteiten wel aan bij het collectief verzekerd pakket?
 - Hoe wordt omgegaan met de "stand van de wetenschap en de praktijk" en "redelijkerwijs aangewezen"? De stepped care benadering op basis van de richtlijn voor P.A.O.D. leidt in ieder geval niet tot een beperking in het kader van Grouper.
 - Gelet op de complexiteit van de materie is het van belang dat evenwichtige uitleg wordt gegeven over het DOT-systeem; nu domein specialisten/gespecialiseerde bedrijven, terwijl er op de werkvloer mee moet worden gewerkt; misinterpretaties kunnen tot onbedoelde onrechtmatigheden leiden.
 - Hoe worden risicovelden bepaald en hoe wordt hiermee omgegaan?
 - Met het oog op adequate risicoanalyses ten behoeve van de controle en het toezicht verdient het de voorkeur wanneer gemakkelijk kunnen worden herleid tot specialisten van een zorgaanbieder.
 - Door aanpassing van onder andere het aantal zorgactiviteiten (of een onvolledige zorgactiviteit als zorgactiviteit aan te merken) respectievelijk door een andere diagnose (of een onvolledige diagnose als diagnose) te benoemen blijft upcoding respectievelijk overdeclaratie mogelijk. Hiernaast is het in de sfeer van upcoding denkbaar dat zorgactiviteiten selectief aan de Grouper worden aangeboden.
 - Zie ook paragraaf 13.4.

12. Het 1^e deel van controleproces bij de zorgverlener/zorgaanbieders: de registratie en de aanlevering van gegevens aan Grouper

12.1. Het 1^e deel van het controleproces bij de zorgaanbieders
Blijkens de Nadere Regel NR /CU-217¹⁷ van de NZa gelden de volgende algemene bepalingen. De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt zich met een nieuwe zorgvraag bij de medisch specialist meldt of dat een onderzoek plaatsvindt voorafgaand aan het consult. De medisch specialist opent een zorgtraject en registreert de patiënt. Wanneer er bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt meer specialismen zijn betrokken als hoofdbehandelaar, opent elk specialisme waarvoor sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling en behandeling, een eigen zorgtraject. De daadwerkelijke verleende zorg conform de geldende richtlijnen van de beroepsgroepen wordt vastgelegd in door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten. Indien meerdere specialismen bijdragen aan het uitvoeren van één unieke zorgactiviteit, mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal voor de afleiding van een DBC-zorgproduct worden benut.

De specialist is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose volgens de door de NZa vastgestelde typeringslijsten. De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. De zorgautoriteit en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om typering en vastlegging van de uitgevoerde zorgactiviteiten op juistheid te controleren. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgactiviteiten die aan een grouper wordt aangeboden (naast de andere data

¹⁷ De nadere regels beschrijven de verplichtingen die op zorgaanbieders en zorgverzekeraars rusten. Wat betreft de medisch specialistische zorg betreft dit per 1 mei 2012 de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg' NR/CU-217.

elementen) uitsluitend die zorgactiviteiten bevat die zijn uitgevoerd ter beantwoording van de zorgvraag waarop het subtraject betrekking heeft. De zorgaanbieder levert via internet geanonimiseerde gegevens aan de grouper.

Artikel 36 van de Wmg verplicht tot het voeren van een deugdelijke administratie. Ter vervanging van de de Kaderregeling AO/IC van de NZa hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars besloten de regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake registratie en facturering van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten en DBC's met ingang van 2012 van kracht te laten zijn. Inhoudelijk komt de regeling overeen met de voorafgaande regeling, waar nodig aangepast aan de specifieke situatie van DOT.

Het controleproces is normaliter organisatorisch ingebed bij de raad van commissarissen, de raad van bestuur, het risicomanagement en de auditfunctie. KPMG merkt hierover op in het rapport KPMG gezondheidszorg inzake "Bestuur en toezicht lopen risico's, integraal risicomanagement nog niet volwassen", 2011. "Het overall beeld van de risico-organisatie binnen zorginstellingen is [] dat er een te hoog vertrouwen is in slechts één verdedigingslinie [uit het three Lines of "defence"-model voor de inrichting van de risicomanagementfunctie: 1e linie: operatie & management (risico-eigenaarschap), 2e linie: staffunctie (risico-control) en 3e linie: auditfunctie (risico-assurance)], dat deze versnipperd is over diverse units en dat het bestuur beperkt grip heeft op de effectiviteit van deze [eerste] linie. Gegeven de complexiteit en risico's kunnen bestuurders zich dit niet veroorloven. Ook het ontbreken van onafhankelijke informatie over de robuustheid van het interne risicobeheersings- en controlesysteem is zorgelijk. Bestuurders hebben daarmee niet de mogelijkheid om eigenstandig, en vanuit één organisatiedivisie, te sturen. Voor de zorgprofessionals leidt dat in veel gevallen tot een weinig begrijpelijke risico-organisatie en een ambigue risicocultuur, terwijl dat belangrijke randvoorwaarden zijn voor het succesvol managen van risico's.....

12.2. Het 1^e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders: Specifieke analyses/controles

Specifieke analyse en controles met betrekking tot varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi) zijn niet bekend.

12.3. Het 1^e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders: Wat zijn de interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- De verwachting is dat met de vergroting van het vrije marktsegment de risicodragendheid van de zorgverlener/zorgaanbieder toeneemt wat ook de volledigheid en tijdigheid van de controle ten goede kan komen.
- Het project "Implementatie uniforme vastlegging van zorgactiviteiten" gericht op het realiseren van een zorgadministratie waar met het eenmalig en eenduidig vastleggen van zorgactiviteiten meerdere rapportagesystemen waaronder het DBC-systeem kunnen worden gevoed.
- Ontwikkeling van de DOT controlemodule ten behoeve van uniforme uitvoering van de controles (zie paragraaf 15.4) op DOT-zorgproducten door ZN en de NVZ in de sfeer van formele controles.

12.4. Het 1^e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders: Wat zijn de aandachtspunten vanuit controleoptiek?

- Voor zorgverleners en zorgaanbieders vormen declaraties hun inkomstenbron. Voorts strijden zorgverleners/zorgaanbieders om de gunst van de zorgvrager.
- De indruk bestaat dat de zorgverlener niet steeds op de hoogte is van aanspraakbeperkingen (zie ook par 10.4).

- Controle van de declaratie wordt veelal als zaak zorgverzekeraar gezien¹⁸, hoewel de declaratie door de zorgaanbieder/zorgprofessional wordt opgesteld en de vaststelling van de rechtmatigheid van de declaraties zich bij de zorgverlener/zorgaanbieder gemakkelijker met minder belemmeringen laat organiseren. Het collectieve goed zorg lijkt hier niet parallel te lopen met het eigen belang van deelnemers aan de zorgmarkt.
- Voor een aantal behandelingen bestaat onvoldoende normering.
- Hoe worden risicovelden bepaald en hoe wordt hiermee omgegaan? In hoeverre wordt hierbij gebenchmarkt en op welk niveau? Zijn data van voldoende kwaliteit beschikbaar om adequaat te benchmarken? Analyses met betrekking tot praktijkvariatie vinden niet systematisch plaats en data worden niet landelijk gepoold.
- Wat is de verhouding tussen formele en materiële controles? Materiële controles komen er stiefmoederlijk uit. Bij sommige ziekenhuizen mag de interne accountant patiëntendossiers inzien, bij andere echter niet.
- De scheiding tussen formele en materiële controles, bijvoorbeeld in de registratie en het facturatieproces, is niet helder. De AO/IC kent ook weinig regels voor de registratie en kijkt voorts niet naar de rechtmatigheid van de declaraties.
- De mate waarin controles geautomatiseerd plaatsvinden verschilt nogal per zorgaanbieder. Geautomatiseerd vinden er geen materiële controles plaats (formele controles vinden wel zoveel mogelijk geautomatiseerd in het systeem plaats). Het overgrote deel van de zorgaanbieders is overigens nog niet aangesloten op de DOT controlemodule (zie 12.3).
- Omdat duidelijke normen ontbreken is onduidelijk hoever de materiële controle van de externe accountant reikt; de externe accountant bezit ook geen kennis van het subject van materiële controle. Hoe is het toezicht op de gestelde eisen geregeld?
- Onder andere zorgverzekeraars hebben een informatieachterstand; de declaratie vermeldt DBC-zorgproducten en diagnoses en geen zorgactiviteiten en indicatiestellingen. Hierdoor blijkt uit de declaratie niet of een verzekerde het al dan niet redelijkerwijs is aangewezen op zorg gezien zijn/haar gezondheidssituatie of dat een zorgactiviteit om medische of cosmetische redenen heeft plaatsgevonden. Afgezien van machtiging vooraf, waarbij de zorgaanbieder verplicht wordt vooraf aan te geven wat de indicatie voor een behandeling is, kan dat alleen op basis van benchmarking. Ook dan is echter alleen een relatie te leggen met gepast gebruik als er professionele richtlijnen of CVZ-standpunten beschikbaar zijn, die zich laten vertalen naar aantallen behandelingen. Dat is lang niet altijd en overal het geval, maar ook als dat wel zo is, zullen bewerkelijke steekproefsgewijze detailcontroles door de medisch adviseur nodig zijn om ongepast gebruik onomstotelijk te kunnen aantonen.
- Bij de controles wordt geen onderscheid gemaakt tussen de basispolis en de aanvullende verzekering. Dat vertroebelt het zicht op de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van controles, omdat je iets kan meten dat niet op de basisverzekering betrekking heeft.
- Hoe wordt de opbrengst van controle-inspanningen gemeten? Bestaan data over de resultaten van het controleproces in het algemeen en bij de gekozen behandelingen in het bijzonder? Onvoldoende zicht op de rechtmatigheid van de declaraties bemoeilijkt de strijd ertegen.
- Gepaste handhavingmaatregelen bij overtreding van de gestelde regels. In hoeverre regelt het toelatingscontract tussen de zorgverlener en de zorgaanbieder handhavingmaatregelen? Voor zover bekend kennen de contracten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar geen boeteclausules en ontbreekt dan ook een prikkel om rechtmatige declaraties in te dienen.
- Voor medisch specialistische zorg met uitzondering van acute zorg is een verwijzing nodig. Zorgverzekeraars zien op de naleving hiervan toe. De NZa heeft hieromtrent nadere regels opgesteld (Nadere Regel NR /CU-217), die met ingang van 2012 worden

¹⁸ Over 2010 haalde de zorgverzekeraars nog circa 1,3 mrd terug bij zorgaanbieders vanwege onjuistheden in declaraties.

toegepast. De verwijzing blijkt tot controleproblemen aanleiding te geven, bijvoorbeeld in situaties waarbij diensten niet onder de Nadere Regel van de NZa vallen (trombosediensten en huisartsen laboratoria) of niet duidelijk is hoe moet worden geregistreerd in het geval van doorverwijzingen binnen het ziekenhuis. Voorts hanteren zorgverzekeraars in hun polissen verschillende verwijzers.

13. Controleproces Grouper

13.1. Het controleproces bij de afleiding van zorgproducten binnen DOT DOT omvat drie grote wijzigingen in het DBC-systeem. Naast de hiervoor al genoemde vernieuwde prestatiebeschrijving gaat het hierbij om nieuwe registratieregels voor geautomatiseerde afsluitregels van zorgtrajecten en subtrajecten en het afleidingsmechanisme van DOT die wordt afgelezen door een grouper. Grouper is een landelijke applicatie buiten de zorginstelling, die op basis van vaste beslisregels, volgend uit de productstructuur, uit diagnose en zorgactiviteiten een DBC-zorgproduct afleidt, die direct naar de zorgaanbieder worden teruggestuurd (waarbij voor sommige zorgactiviteiten een aanspraakbeperking geldt). De meeste instellingen maken gebruik van een landelijke grouper welke in beheer is bij DBC-Onderhoud. Deze grouper bevindt zich buiten de instelling. De grouper bevat geen prijsinformatie en de grouper slaat geen inhoudelijke informatie op. De grouper voert naast het afleiden van de declarabele producten technische foutmeldingen en signaleringen uit.

13.2. Controleproces Grouper: Aanspraken en Machtigingen

In de nieuwe DBC-systematiek wordt voor het afleiden van een declarabel zorgproduct een dataset aangeleverd aan de grouper. Nadat de arts/instelling de diagnose heeft gesteld, de behandeling heeft bepaald, is nagegaan of een machtiging nodig is en de benodigde gegevens via de zorgaanbieder naar de Grouper zijn gestuurd, kleurt de grouper het zorgproduct. Er zijn drie kleurencodes, te weten:

- Het DBC-zorgproduct is afgeleid met zorgactiviteiten die altijd verzekerde zorg ten laste van de Zvw zijn ("groen"). Het DBC-zorgproduct krijgt een declaratiecode verzekerde zorg⁹;
- Het DBC-zorgproduct is afgeleid met een of meer zorgactiviteiten die nooit verzekerde zorg ten laste van de Zvw zijn ("rood"). Het DBC-zorgproduct krijgt een declaratiecode onverzekerde zorg; en
- Het DBC-zorgproduct is afgeleid met zorgactiviteiten die onder voorwaarden verzekerde zorg zijn ("oranje"), zoals activiteiten die in het kader van het machtigingenportaal plaatsvinden. Het DBC-zorgproduct krijgt een declaratiecode verzekerde of onverzekerde zorg, afhankelijk of er een medische indicatie aanwezig is. Voor de goede orde wordt aangetekend dat zorgverzekeraars aan een zorgactiviteit een machtigingscode meegeven. Indien een behandelend arts ten aanzien van een patiënt een zorgactiviteit met een oranje kleur registreert dient hij/zij aan te geven of er sprake is van verzekerde zorg ingevolge de Zvw. De grouper stelt vervolgens na vaststelling van het zorgproduct vast of aanspraak bestaat op verzekerde of onverzekerde zorg ten laste van de Zvw.

De kleuring is overigens enkel ter ondersteuning van de vertaalslag door zorgverzekeraars van te verzekeren prestaties naar hun basispolis. Hier kunnen geen rechten aan worden ontleend. Onjuiste kleuringen van activiteiten geven zorgverzekeraars niet het recht hier op een verkeerd manier mee om te gaan.

Toegepast op de gekozen behandelingen ontstaat het volgende beeld.

Varices

Een varices behandeling op grond van de basispolis kan alleen ten laste van de Zvw worden gedeclareerd wanneer sprake is van een C3, C4, C5 of C6 classificatie voor varices. Daarom geldt in het kader van de Grouper een code oranje op de ingrepen bij varices. De ingrepen leiden, ongeacht de classificatie, af naar een DBC-zorgproduct. De grouper geeft een

declaratiecode "verzekerde zorg" mee als de medische indicatie met "ja" is ingevuld en anders een declaratiecode "niet-verzekerde zorg".

PAOD

In het kader van het verzekerd pakket bestaan geen aanspraakbeperkingen op zorgactiviteiten ten aanzien van de diagnoses PAOD 2, 3 en 4. In het kader van de Grouper leiden deze diagnoses dan ook tot verzekerde zorg.

Bovenooglidcorrecties

Bovenooglidcorrecties geven alleen recht op een behandeling ten laste van de Zvw bij een verlamming/verslapping van de bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Omdat de hieruit voortvloeiende aanspraakbeperking nog niet ten volle is gerealiseerd, is een wijziging in Grouper in gang gezet.

HNP

In het kader van het verzekerd pakket bestaan geen aanspraakbeperkingen ten aanzien van de diagnose HNP. Een aantal ingrepen (de percutane vertebroplastiek en de ballon kyphoplastiek) is uitgesloten van het verzekerd pakket omdat ze niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn. Indien deze een rol spelen bij het afleiden van het DBC-zorgproduct, is er sprake van onverzekerde zorg.

13.3. Controleproces Grouper: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- Met de invoering van het DOT-systeem zijn de mogelijkheden tot upcoding en overdeclaratie verminderd, omdat op basis van zorgactiviteiten geautomatiseerd en geüniformeerd DBC-producten worden afgeleid.
- Zorgverzekeraars hebben in ZN-verband, in samenspraak met de ziekenhuizen, besloten om een uniform machtigingenportaal te ontwikkelen bij VECOZO. Naast een uniforme proces is de doelstelling ook om de machtigingsformulieren te uniformeren. Tussen NVZ, NFU en ZN is afgesproken dat alle zorgverzekeraars en ziekenhuizen in 2012 hierop aansluiten. Alle zorgverzekeraars zijn inmiddels aangesloten. Door toepassing van het portaal worden zorgaanbieders/zorgverleners niet meer geconfronteerd met een veelheid aan verschillende machtigingsformulieren.

13.4. Controleproces Grouper: Wat zijn de aandachtspunten vanuit controleoptiek?

- Er is onduidelijkheid bij degenen die registeren over het verschil tussen medische indicatie (alleen basispakket) en machtiging (zowel basispakket als aanvullende verzekering). Rode en groene codes geven alleen weer of er een aanspraak is op een vergoeding uit het basispakket en zeggen niets over vergoeding uit eventuele aanvullende verzekeringen; een eventuele aanspraak zegt overigens nog niets over de rechtmatigheid van de declaraties.
- Vanwege de grote aantallen worden in de praktijk oranjecodes met indicatiestelling meteen uitbetaald en vindt achteraf materiële controle op basis van risicoanalyse plaats. Welke prikkel staat er tegenover de snelle vergoeding via bijvoorbeeld het machtigingenportaal opdat de betrouwbaarheid van de declaraties is gegarandeerd?
- Hoewel via het machtigingenportaal verbetering in gang is gezet, worden zorgverleners/zorgaanbieders geconfronteerd met een veelheid aan verschillende machtigingsformulieren.
- Aan de aansluiting van de basisadministratie van ziekenhuizen op de DBC-zorgproducten wordt gewerkt (vermoedelijk in 2014 gerealiseerd), waardoor een betere aansluiting van de op de in de grouper onderscheiden zorgactiviteiten wordt bereikt.
- Ziekenhuizen blijken pre-groupers te hebben of schakelen bedrijven als value care ter voorbereiding van onder andere de juiste input van (combinaties van) zorgactiviteiten.

In dit verband doet zich de vraag voor hoe zorgverzekeraars controleren of alle groupers die DBC-zorgproducten afleiden controleren of groupers handelen in overeenstemming met de NZa regelgeving en welke afspraken zorgverzekeraars hierover met zorgaanbieders hebben?

14. Het 2^e deel van controleproces bij de zorgverlener/zorgaanbieders: het opstellen en aanleveren van de declaraties bij de zorgverzekeraars

14.1. Het 2^e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders
Als Grouper de afgeleide DBC-zorgproducten naar de zorgaanbieder heeft teruggestuurd, voorziet volgens Nadere Regel NR/CU-209 van de NZa als algemene regel de zorgaanbieder deze van een prijs, inclusief de vergoeding voor de medisch specialist. Dit geldt voor producten met landelijk vastgestelde maximumprijzen én voor DBC-zorgproducten met onderhandelbare prijzen. De zorgaanbieder verwerkt de van Grouper ontvangen DBC-zorgproducten tot declaraties aan de zorgverzekeraars of de patiënt en tot een rapportage (Minimale Dataset (MDS)) voor aanlevering aan het DBC Informatiesysteem (DIS: landelijk DBC Informatie Systeem). De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de juiste declaratie van een DBC-zorgproduct. Een zorgaanbieder mag een DBC-zorgproduct alleen declareren indien de prestatie is vastgelegd volgens de door de NZa vastgestelde registratiebepalingen, afgeleid volgens de afleidingsbepaling en gedeclareerd volgens de declaratiebepalingen. De declaratie van een DBC-zorgproduct moet een zegel (hashcode) hebben waaruit blijkt dat deze door de grouper is afgeleid. Bij het declareren door de zorgaanbieder dienen de door de NZa voorgeschreven informatiebepalingen (zoals de zorgproductcode, de hashcode, de declaratiecode en de AGB-code) en tariefgegevens (uitgesplitst naar kostenbedrag voor de zorginstelling en de vergoeding voor de medisch specialist) te worden vermeld op de nota. Elektronische declaratiebestanden worden vormgegeven op basis van de externe integratiestandaard en via het elektronisch declaratieportaal van VECOZO wordt de declaratie van de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar aangeboden.

Met betrekking tot de organisatorische inbedding van het controleproces wordt verwezen naar paragraaf 12.1.

14.2. Het 2^e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders: Specifieke analyses/controles

Specifieke analyse en controles met betrekking tot varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi) zijn niet bekend.

14.3. Het 2^e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

Voor de interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek wordt verwezen naar paragraaf 12.3.

14.4. Het 2^e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders: Wat zijn aandachtspunten vanuit controleoptiek?

Voor de aandachtspunten bij varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP vanuit controleoptiek wordt verwezen naar paragraaf 12.4.

15. Controleproces zorgverzekeraars

15.1. De basispolis

Een zorgverzekeraar verzekert via de polis van de basisverzekering het wettelijke pakket. De polis formuleert en reguleert de zorg die wordt verondersteld daadwerkelijk te zijn geleverd¹⁹. In de polisvoorwaarden kan de zorgverzekeraar restricties aanbrengen maar niet op het gebied van aanspraken. De restricties zitten vooral in het gecontracteerde zorgaanbod (als een verzekerde naar gecontracteerde aanbieder gaat, 100% vergoeding, naar een niet gecontracteerde aanbieder % vergoeding). In de polisvoorwaarden staan de aanspraken gedefinieerd op basis van wat in de Zvw verwoord is. Op het gebied van medische specialistische zorg staat in de Zvw dat verzekerd is die zorg die een medisch specialist pleegt te bieden. Dit zelfde staat ook in de polisvoorwaarden. De polisvoorwaarden zijn dus niet in DBC termen.

Zorgverzekeraars kunnen wijzigingen in de modelovereenkomst die zij op de markt willen brengen voorleggen aan de NZa. De NZa geeft dan op verzoek een bestuurlijk rechtsoordeel af over de vraag of de voorgelegde wijzigingen in overeenstemming zijn met de Zvw. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om een verzoek bij de NZa in te dienen. Dit betekent dat de NZa er niet vooraf per definitie op toeziet dat iedere basispolis van iedere zorgverzekeraar met het verzekerd pakket overeenkomen. Voor het polisjaar 2012 hebben alle zorgverzekeraars de NZa gevraagd de modelovereenkomsten respectievelijk wijzigingen daarin te beoordelen. Voor meer informatie over het modelovereenkomstenproces wordt verwezen naar de website van de NZa:

<http://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet/modelovereenkomsten>. Gelet op de schadegevolgen die een van het verzekerd pakket afwijkende polis kan hebben voor de zorgverzekeraar, zien zorgverzekeraars erop toe dat zij poliswa wijzigingen aan de NZa voorleggen voor een bestuurlijk oordeel. De kans dat verzekerd pakket en basisverzekering van elkaar afwijken is dan ook afwezig in de praktijk.

15.2. Controleproces zorgverzekeraars

Met inachtneming van de Regeling zorgverzekering (zie www.rijksoverheid.nl) en het "Protocol vereveningsonderzoek Zvw en onderzoek uitvoeringsverslag Zvw" (zie www.nza.nl) voeren zorgverzekeraars formele en materiële controles uit. Daarom is het van belang dat het protocol voor jaar t in jaar t-1 beschikbaar is. Zorgverzekeraars betrekken het "Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet" bij controles op de VCZ verantwoordingen. In dit handboek staan de voorwaarden en richtlijnen waar de CVZ verantwoordingen aan dienen te voldoen. Bij de uitvoering van controles wordt op deze aspecten getoetst. De formele controles hebben onder andere betrekking op – landelijke – afspraken welke gemaakt zijn m.b.t. het (elektronisch) declaratieverkeer, het vaststellen van de naleving van individuele contractuele afspraken met zorgaanbieders als ook op het vaststellen van de rechtmatigheid van ingediende declaraties. Voor deze laatste categorie is de Zvw leidend.

De controles op naleving van de afspraken m.b.t. het elektronisch declaratieverkeer worden grotendeels uitgevoerd door VECOZO in opdracht van zorgverzekeraars door te toetsen of elektronische declaraties voldoen aan de opgestelde standaarden en bijbehorende technische controles (formele controles N1-N5). Indien declaraties hier niet aan voldoen, worden deze afgewezen met een elektronisch retour bericht aan de betreffende zorgaanbieder.

Zorgverzekeraars voeren alle overige controles uit. Bij elektronische declaraties leidt dit in de declaratieverwerking tot een elektronisch retour bericht voor de zorgaanbieder.

De uitkomsten van controles die na de declaratieverwerking plaatsvinden worden zo nodig gecommuniceerd (per mail/brief) met de betreffende zorgaanbieder. Na hoor en wederhoor worden de uitkomsten van de controle en de (financiële) consequenties medegedeeld aan de zorgaanbieder.

¹⁹ Op grond van de Zvw is de zorgverzekeraar verplicht om de op grond van de Zvw te verzekeren prestaties op te nemen in de verzekeringspolis (artikel 11 Zvw).

In principe worden controles op declaraties onder de basisverzekering op gelijke wijze behandeld als onder de aanvullende verzekering. Een zorgverzekeraar mag hiervan afwijken. Verschil is dat de basisverzekering onder toezicht van de NZa valt en de aanvullende verzekering niet. Mocht de controle geen onderscheid maken tussen zorgkosten ten laste van de basispolis of specifiek ten laste van de aanvullende verzekering vallen, dan wordt door de microcorrecties wel het onderscheid gemaakt. Hierdoor wordt bij de uitkomst van de controles onderscheid gemaakt tussen de basispolis en de aanvullende verzekering.

15.2.1. Formele controles

Op dit moment heeft verreweg het grootste gedeelte van de controles betrekking op formele controles. Een formele controle betreft een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar onder andere nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:

- een prestatie betreft die is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerd persoon;
- een prestatie betreft die behoort tot het verzekerde pakket van de persoon;
- een prestatie betreft waartoe de zorgaanbieder bevoegd is; en
- het tarief betreft dat voor die prestatie is vastgesteld of met de zorgaanbieder is overeengekomen.
- de aanspraak valt binnen de verzekerde prestaties van de Zvw.
- de zorg is niet in strijd met eerder geleverde zorg op basis van de schadehistorie (bijvoorbeeld samenloop farmacie/DBC, gebruikstermijnen hulpmiddelen, dubbele betalingen); en
- de declaraties niet in strijd zijn met vigerende registratie- en/of declaratiebepalingen van de NZa.

Er worden meerdere formele controles uitgevoerd, maar deze zijn altijd te herleiden tot de hierboven genoemde punten. Formele controles zijn in hoge mate gestandaardiseerd, vinden grotendeels geautomatiseerd plaats en zijn doorgaans gebaseerd op risicoanalyses.

15.2.2. Materiële controles

Materiële controle betreft onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatiedaadwerkelijk is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde. In paragraaf 13.2 is er op gewezen dat in de praktijk oranjecodes met indicatiestelling meteen worden uitbetaald en achteraf materiële controle plaatsvindt. Om richting te krijgen voor de materiële controles is het Protocol Materiële Controle (www.zn.nl) opgesteld. De materiële controle kent zijn grondslag in de Regeling zorgverzekering. Om op een transparante wijze de procedure en de te doorlopen stappen in dit kader inzichtelijk te maken is het Protocol Materiële Controle in het leven geroepen. Een zorgverzekeraar kan en mag materiële controle alleen uitvoeren als de Regeling zorgverzekering wordt nageleefd. Hierin wordt een stapsgewijze aanpak voorgeschreven. Het is dus niet zo dat een zorgverzekeraar uit het niets een detailcontrole bij een zorgaanbieder kan uitvoeren. Uit welke stappen het protocol is opgebouwd worden onderstaand beschreven.

Het protocol beschrijft de uitvoering van materiële controles, waaronder detailcontroles, mede gelet op de Wet bescherming persoonsgegevens en het wettelijk geregelde medisch beroepsgeheim. Om te beginnen dient een verzekeraar het doel van de materiële controle vast te stellen. Het doel van de materiële controle is immers medebepalend voor de diepgang van de daadwerkelijk uit te voeren controles. Daarnaast voert de zorgverzekeraar een risicoanalyse uit om te bepalen wat het onderwerp van de materiële controle zal worden. Deze risicoanalyse wordt verricht op gegevens die de zorgverzekeraar ontleent aan de verzekerdenadministratie, schadelastadministratie, alsmede op grondslag van andere signalen of aanwijzingen waarover de verzekeraar beschikt. Op basis van de algemene risicoanalyse stelt de zorgverzekeraar een algemeen controleplan vast, waarin is opgenomen waarop de controle zich zal richten en welke controle-instrumenten of methodes worden ingezet. In de fase van deze algemene controle komen alleen die methodes in aanmerking die de zorgverzekeraar kan toepassen zonder daarbij te zijn aangewezen op de medewerking van de zorgaanbieder bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid. Het gaat hier zowel om het uitvoeren van

statistische analyses en logica- en verbandscontroles, die de zorgverzekeraar op basis van de eigen administratie en de daarin opgenomen persoonsgegevens zelfstandig kan verrichten, als om de beoordeling van een door de zorgaanbieder overgelegde accountantsverklaring en bestuursverklaring betreffende de administratieve organisatie en interne controle (AO/IC). Ook andere informatie (geen persoonsgegevens) die desgevraagd door de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar is verstrekt, valt onder deze categorie. Detailcontrole is in deze fase nog niet mogelijk. Het kan zijn dat de materiële controle hier eindigt, omdat voldoende zekerheid is verkregen. Het kan ook zijn dat de uit de algemene controle voortgekomen bevindingen tot de conclusie leiden dat het controledoel nog niet gehaald is en dat meer informatie noodzakelijk is. In dat geval voert de zorgverzekeraar een specifieke risicoanalyse uit, waarop een specifiek controleplan en een specifiek controledoel voor de betreffende zorgsoort en/of de betreffende zorgaanbieder wordt gebaseerd. Het specifiek controleplan beschrijft de inzet van de methodes van detailcontrole. Uitgangspunt bij de controles is proportionaliteit en subsidiariteit. Met betrekking tot proportionaliteit staat de vraag centraal of het ingezette middel evenredig is aan het beoogde doel. Dan de subsidiariteit: is er geen minder ingrijpend alternatief. Detailcontroles moeten onder verantwoordelijkheid van medisch adviseurs plaatsvinden. Dit hoeft overigens niet perse een arts te betreffen.

In de periode februari 2008 tot de inwerkingtreding van de Regeling zorgverzekering waar de materiële controle geregeld is per 1 juli 2010 (Stcrt. 2010, 10581) hebben zorgverzekeraars de detailcontrole zoals bovenstaand is beschreven niet, zonder uitdrukkelijke toestemming van de persoon wiens bijzondere persoonsgegevens het betreft, mogen uitvoeren.

Met het verlopen van de goedkeuring per 5 februari 2008 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen (inclusief bijbehorend Addendum Zorgverzekeraars) is de noodzakelijke wettelijke basis voor detailcontrole op grond van het Addendum Zorgverzekeraars naar de mening van het CBP verdwenen. Deze wettelijke basis is geregeld in de Regeling Zorgverzekering (=ministeriële regeling bij de Zorgverzekeringswet): wanneer sprake is van een goedgekeurde Gedragscode en bijbehorend Addendum is volgens het de noodzakelijke wettelijke basis aanwezig voor doorbreking van het medische beroepsgeheim bij het verrichten van detailcontrole (als onderdeel materiële controle dan wel fraudeonderzoek). Het CBP heeft bij het afgeven van het benoemingsbesluit destijds aangegeven dat dit wettelijk geregeld diende te worden. Totdat dit geformaliseerd was kon de nieuwe Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars welke in de plaats is getreden van de hiervoor genoemde niet goedgekeurd worden. Het langs deze weg bij zorgaanbieders opvragen van medische patiëntgegevens door zorgverzekeraars kan dan ook volgens het CBP leiden tot schending van het medisch beroepsgeheim. Het ontbreken van deze wettelijke basis heeft voor de zorgverzekeraars als gevolg gehad dat:

- Materiële controle op grond van het Addendum beperkt moet worden tot de controlestappen voorafgaand aan detailcontrole en derhalve alleen mocht plaatsvinden op basis van de bij de verzekeraar beschikbare gegevens ;
- Detailcontrole – zowel in het kader van materiële controle als in het kader van fraudeonderzoek- alleen te doen met uitdrukkelijke toestemming van de persoon wiens persoonsgegevens het betreft (dus niet op grond van het Addendum). Dit laat onverlet dat de zorgaanbieder zijn eigen verantwoordelijkheid heeft ter zake en erop moet toezien dat de gegevens die gevraagd worden de proportionaliteits- en subsidiariteitstoets kunnen doorstaan. Op 10 januari 2012 heeft het CBP de Gedragscode verwerking Persoonsgegevens met bijbehorend Protocol Materiële Controle van Zorgverzekeraars Nederland goedgekeurd. Gevolg van deze goedkeuring is dat de zorgverzekeraars de detailcontrole weer mogen uitvoeren zonder uitdrukkelijke toestemming van de persoon wiens persoonsgegevens het betreft. Overigens is de goedkeuring ter discussie gesteld door de Koepel DBC-vrije praktijken (KDVP) en is een procedure bij de bestuursrechter gestart.

In het algemeen, dat wil zeggen voor zowel formele als materiële controles geven zorgverzekeraars er de voorkeur aan mogelijke situaties van misbruik en/of situaties van

oneigenlijk gebruik zo veel mogelijk te voorkomen (preventieve maatregelen). Het gedrag van zorgverzekeraars om dit te voorkomen verschilt: sommige zetten inkoopinstrumenten zoals selectieve inkoop en/of degressieve prijsstaffels in om mogelijke situaties van misbruik en/of situaties van oneigenlijk gebruik zo veel mogelijk te voorkomen. Mocht er desondanks misbruik of oneigenlijk gebruik voorkomen, dan kunnen zorgverzekeraars zich inspannen om de gelden terug te halen. Met de eerstgenoemde instrumenten wordt als zodanig de bron van de onrechtmatigheid echter in tact gelaten. Uiteraard zullen in de praktijk ook preventieve en repressieve middelen naast elkaar worden ingezet. Op het vlak van fraudebeheersing wordt door zorgverzekeraars waar mogelijk intensief samengewerkt. Om de samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling en tussen zorgverzekeraars en stakeholders te intensiveren, wordt begin 2012 het Kenniscentrum Fraudebeheersing gestart door ZN.

Volgens het "Protocol vereveningsonderzoek Zvw en onderzoek uitvoeringsverslag Zvw" moeten zorgverzekeraars aantonen via materiële controles gericht op levering van de prestatie dat:

- voldaan is aan de Regeling Zorgverzekering, die eisen stelt aan het uitvoeren van materiële controles (waaronder detailcontroles) door zorgverzekeraars;
- er een controleplan is opgesteld (inclusief risicoanalyse);
- de gekozen controlemethoden en inzet adequaat zijn onderbouwd en inzet om de geconstateerde risico's af te dekken;
- de uitvoering volgens plan plaatsvindt;
- in- en externe signalen bij de controle worden betrokken;
- analyses van de uitkomsten plaatsvinden; en
- trekken van de conclusie of de kosten van prestaties zoals verantwoord in de jaarstaat zijn geleverd.

De accountant controleert of de zorgverzekeraar bij het uitvoeren van deze controles zich houdt aan de gestelde eisen in de regeling, een controleplan is opgesteld, het plan is uitgevoerd, in- en externe signalen hierbij betrokken zijn, analyses zijn gemaakt met betrekking tot de uitkomsten en conclusies zijn getrokken of met betrekking tot de kosten van de prestaties zoals verantwoord in de jaarstaat. Hierna geeft de accountant een controleverklaring af waar nodig met eventuele tekortkomingen. Tekortkomingen in de uitvoering van materiële controles moet de zorgverzekeraar ook vermelden in de bestuursverklaring bij de CVZ verantwoordingsproducten.

Volgens het "Protocol vereveningsonderzoek Zvw en onderzoek uitvoeringsverslag Zvw" geeft de accountant verder met betrekking tot de stand van de wetenschap en praktijk zijn bevindingen met betrekking tot de verantwoording hierover door de zorgverzekeraar in het uitvoeringsverslag in het protocol aangegeven aspecten bij risicoanalyses en bij de zorginkoop. De accountant onthoudt zich hierbij van een oordeel over de toereikendheid van de inspanningen door de zorgverzekeraar. Het onderdeel "redelijkerwijs aangewezen op" nog maakt geen onderdeel uit van het protocol. Wel vraagt de NZa via het Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw een inventarisatie op van de beheersingsmaatregelen.

15.2.3. Organisatorische inbedding controle(proces)

Naast de verplichting op grond van artikel 36 van de Wmg tot het voeren van een deugdelijke administratie vervangt in de sfeer van de AO/IC per 1-1-2012 de nieuwe Regeling prestaties en tarieven medisch specialistische zorg [zie NZa nadere regels NR/CU-217] de Kaderregeling AO/IC van de NZa. Hierdoor wordt de verantwoordelijkheid over de inrichting van de DBC-administratie en de bijbehorende AO/IC belegd bij de primair verantwoordelijken.

Per zorgverzekeraar kan het verschillen waar in de organisatie de afdeling Controles is geplaatst. Belangrijk is dat de afdeling Controles onafhankelijk haar werk uitvoert. Vanuit wet- en regelgeving zijn een aantal randvoorwaarden voorgeschreven. Zo moeten bijvoorbeeld risico's in beeld worden gebracht en gemanaged op diverse niveaus. Te beginnen bij strategische risicoanalyse, tactische risicoanalyse en proces risicoanalyse. Dit wordt vanuit Risk & Compliance gefaciliteerd en gecontroleerd.

Zo is ook het controleproces gereviewd en voorzien van kritische risico-indicatoren.

Het controleproces bestaat uit:

1. risico-inventarisatie
2. risicoanalyse en vaststellen mogelijke beheersmaatregelen
3. Bepalen van financiële impact en gemak van resultaat
4. Prioriteren risico's en selecteren acties
5. Uitvoeren acties
6. Monitoren en eventueel bijsturen van de uitgevoerde acties

Dit gehele proces, evenals de uitkomsten daarvan, worden door de interne accountantsdienst ge-audit. Ieder jaar, aan het eind van het jaar, worden het proces en de uitkomsten ook door de externe accountant ge-audit.

Het controleproces is organisatorisch ingebed bij de raad van commissarissen, de raad van bestuur, het risicomanagement en de auditfunctie. In dit verband zijn de Governance Principes Verzekeraars (de Code) van belang. De Code bevat principes met betrekking tot de raad van commissarissen, de raad van bestuur, het risicomanagement en de auditfunctie. Verzekeraars vermelden in hun jaarverslag hoe zij de principes hebben toegepast. Een Monitoring Commissie monitort de uitvoering van de Code. Op 19-12-2011 heeft de Commissie haar eerste rapportage uitgebracht op basis van een self assessment en na overleg met DNB, AFM en de NZa. Voor de bevindingen van de Commissie wordt verwezen naar: www.mcverzekeraars.nl. Op de dag van de Zorgverzekeraars op 26-01-2012 gaf de ZN-voorzitter hierover aan, dat "het enige aandachtspunt dat de zorgverzekeraars van de Commissie meekrijgen de implementatie van risicomanagement is....." Een themaonderzoek van DNB laat zien dat er bij risicomanagement van verzekeraars in het algemeen nog een flinke kloof gaapt tussen theorie en praktijk (www.dnb.nl, nieuwsbericht 13-03-2012)

15.3. Controleproces zorgverzekeraars: Specifieke analyses/controles

Door ZN, Vektis en Plexus is in juli 2011 over het verslagjaar 2009 een sector overstijgend rapport opgesteld over praktijkvariatie, waarin ook in is gegaan op praktijkvariatie bij HNP. In juni 2010 had Plexus al een onderzoek gedaan naar praktijkvariatie bij onder andere HNP. Elke zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de inrichting en uitvoering van haar controles. Hierbij kan elke zorgverzekeraar gebruik maken van externe informatie, zoals het rapport over praktijkvariatie.

15.4. Controleproces zorgverzekeraars: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- De afbouw van de ex post risicoverevening met de vergroting van het vrije marktsegment vergroot de risicodragendheid van de zorgverzekeraar. De ontwikkeling kan ook de volledigheid en tijdigheid van controles ten goede komen.
- De gedachten om niet concurrentiële activiteiten in de controlesfeer landelijk te poolen en Vektis een rol te laten spelen bij branchebrede controle en detectie, los van wat de zorgverzekeraars zelf al doen.
- Om de samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling en tussen zorgverzekeraars en stakeholders te intensiveren, wordt begin 2012 het Kenniscentrum Fraudebeheersing gestart door ZN.
- Zorgverzekeraars hebben in ZN-verband een programma 'Samenwerken aan controles' uitgevoerd (met subsidie van VWS) en de afzonderlijke projecten inmiddels in de lijn belegd. Doel was het optimaliseren van controleprocessen in de keten (efficiënter, effectiever en tegen lagere kosten) én structureel de relatie naar fraudebeheersing leggen. De samenwerking richt zich op de non-concurrentiële (formele) controles, voortkomend uit wet- en regelgeving. Deze betreffen een groot deel van de door

zorgverzekeraars uit te voeren controles. De toegevoegde waarde van samenwerking is onder meer:

- sneller en krachtiger problemen in regelgeving (laten) aanpassen;
- sneller complexe regelgeving juist en eenduidig interpreteren;
- de juiste controles op de juiste plaats uitvoeren (ketenaanpak);
- gezamenlijk te gebruiken diensten en verdergaande standaardisatie inzetten; en
- controles effectiever en efficiënter uitvoeren.

Het programma is inmiddels afgerond. Voortvloeiend uit het programma worden in de lijn nog verschillende projecten/activiteiten uitgevoerd om invulling te geven aan de visie: zorgdragen voor goede declaraties van zorgaanbieders en controles zo vroeg mogelijk in de keten. Lopende projecten/activiteiten zijn:

- Pilot Horizontaal Toezicht, de kwaliteit van de gedeclareerde zorg wordt geborgd in de opzet en werking van de administratieve organisatie en interne controle van de betreffende zorginstelling, waarop de zorgverzekeraar kan steunen. De Pilot richt zich allereerst op de ziekenhuizen.
- Inrichten van een geschillencommissie met daaronder een adviserende expertisegroep om controleproblemen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot een snelle oplossing te krijgen.
- Gezamenlijk opstellen van non-concurrentiële controles op een eenduidige wijze (o.b.v. Rule speak) en deze afstemmen met zorgaanbieders.
- Gezamenlijk controleren of elektronische declaratieberichten voldoen aan de externe integratie standaard (controles N1 t/m N5) door VECOZO.
- In 2012 is een landelijke samenwerking met betrekking tot formele controles van ziekenhuisdeclaraties gestart. Deze controle wordt uitgevoerd in samenwerking tussen de zorgverzekeraars en Vektis en omvat de controle op parallelle en seriële DBC-zorgproducten. Voor deze controle is de DOT Controle Module (DCM) gebouwd. Alle zorgverzekeraars zijn hierbij aangesloten en controleren (achteraf) middels deze module de bij hun gedeclareerde DBC's. Doelstelling is om deze zelfde module bij de ziekenhuizen voorafgaand aan facturatie te implementeren (onder de visie: controles naar voren in de keten). De DCM controleert of de registratie- en declaratiebepalingen, zoals opgenomen in de Nadere Regel van de NZa, correct zijn toegepast. De DCM controleert bijvoorbeeld op paralleliteit. Voordeel van de DCM is dat de regels uniform zijn opgesteld voor alle zorgverzekeraars en worden afgestemd met de ziekenhuizen. Via de DCM wordt het voor ziekenhuizen mogelijk om deze uniforme controles van de registratieregels zelf uit te voeren voorafgaand aan de declaratie. Hierdoor weet het ziekenhuis welke declaraties voldoen en gedeclareerd kunnen worden. Het controleproces vindt daarmee vroeg in de keten plaats en voorkomt controles achteraf na declaratie. Door zorgverzekeraars kunnen echter niet alle registratieregels via de DCM gecontroleerd worden, omdat de benodigde gegevens ontbreken. Zo ontvangt een zorgverzekeraar geen zorgactiviteiten. Om die reden benchmarken zorgverzekeraars de declaratiegegevens en bij afwijkingen worden de uitkomsten voorgelegd aan de ziekenhuizen met het verzoek deze te verklaren.

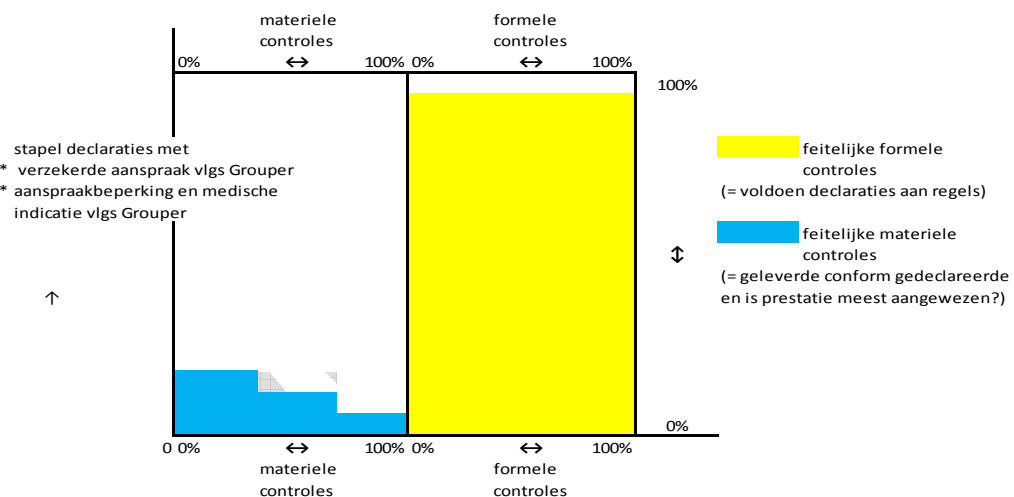
15.5. Controleproces zorgverzekeraars: Wat zijn de aandachtspunten vanuit controleoptiek²⁰?

- Hoe worden risicovelden bepaald en hoe wordt hiermee omgegaan? In hoeverre wordt hierbij gebenchmarkt en op welk niveau? Zijn data van voldoende kwaliteit beschikbaar om adequaat te benchmarken? Analyses met betrekking tot onder andere praktijkvariatie vinden niet systematisch plaats. Op het terrein van de formele controles vindt landelijke pooling van informatie en kennis plaats om het systeem op een hoger niveau te tillen; op het gebied van materiële controles valt nog een wereld te winnen.

²⁰ Zie ook het samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2010 van de NZa uit februari 2012

Hierdoor wordt ook het probleem omzeild van een te kleine populatie op het niveau van individuele zorgaanbieders of zorgverzekeraars.

- De mate waarin controles geautomatiseerd plaatsvinden verschilt nogal per zorgverzekeraar. Geautomatiseerd vinden er geen materiële controles plaats (formele controles vinden wel zoveel mogelijk geautomatiseerd in het systeem plaats).
- Wat is de verhouding tussen formele en materiële controles en hoe wordt die bepaald? Bij zorgverzekeraars ligt de klemtoon op formele controles; materiële controles worden als duur, bewerkelijk en weinig efficiënt ervaren, mede door gebrek aan informatie en het ophalen van informatie bij de zorgaanbieder duur is en aan privacyregels is gebonden. Voorts bestaat een capaciteitsprobleem met betrekking tot medisch adviseurs. Bestuurlijk wordt naar controle met risico van imagoschade als kostenpost gekeken, temeer omdat zorgverzekeraars strijden om de gunst van de zorgvrager/verzekerde. Met betrekking tot het protocol vereveningstoezicht bestaat een verwachtingen kloof tussen de toezichthouder en de accountants. De accountant bezit geen kennis van het subject van materiële controle. De normstelling is niet altijd eenduidig net als de gestelde eisen met betrekking tot de vergoeding en de AO/IC. Het systeem is niet ingericht op controle van stepped care. Hoe is dan verzekerd dat onrechtmatigheden adequaat worden gecorrigeerd? Gestyleerd kan dit grafisch als volgt worden weergegeven.



- Is de scheiding tussen formele en materiële controles helder? In de praktijk is die scheiding soms minder makkelijk aan te brengen (bijvoorbeeld een controle op aanwezigheid van een juiste verwijzing heeft een formeel karakter. Hiermee wordt echter een deel van het dossier, de gezondheidstoestand van de verzekerde, blootgegeven en dat valt onder detailcontrole (=materieel)
- Hoe is in de sfeer van de materiële controles georganiseerd dat de daadwerkelijk verleende zorgactiviteiten (en het prijskaartje dat eraan hangt) en de op de declaratie opgenomen zorgproduct met elkaar te corresponderen? Wat is de procedure bij afwijkingen? Hoe wordt de indicatiestelling gecontroleerd of anders geformuleerd hoe is het DBC-product gelinkt aan de indicatiestelling? Hoe is verzekerd dat de geleverde prestatie gezien de gezondheidstoestand van de patiënt aangewezen is? Hoe wordt dat gecontroleerd als het systeem er niet op is ingericht? Afgezien van machtiging vooraf, waarbij de zorgaanbieder verplicht wordt vooraf aan te geven wat de indicatie voor een behandeling is, kan dat alleen op basis van benchmarking. Ook dan is echter alleen een

relatie te leggen met gepast gebruik als er professionele richtlijnen of CVZ-standpunten beschikbaar zijn, die zich laten vertalen naar aantallen behandelingen. Dat is lang niet altijd en overal het geval, maar ook als dat wel zo is, zullen bewerkelijke nadere evt. steekproefsgewijze detailcontroles door de medisch adviseur nodig zijn om ongepast gebruik onomstotelijk te kunnen aantonen. Zorgverzekeraars hebben bovendien een informatieachterstand met betrekking tot de zorgactiviteiten en indicatiestelling die niet uit de declaratie blijken; de declaratie vermeldt DBC-zorgproducten en diagnoses.

- Hoe wordt de opbrengst van controle-inspanningen gemeten? Bestaan data over de resultaten van het controleproces in het algemeen uitgesplitst naar vrije en geregeerde segment en bij de gekozen behandelingen in het bijzonder? In dit verband valt bijvoorbeeld te denken aan resultaten zoals ZN die jaarlijks publiceert van het controle- en fraudebeleid. Onvoldoende zicht op onrechtmatigheid bemoeilijkt de strijd ertegen. Data over de uitgangssituatie (: de nulmeting) en de resultaten van het controleproces in het algemeen en bij de gekozen behandelingen in het bijzonder bestaan niet.
- Bij de verschillende zorgverzekeraars kan in zijn algemeenheid de samenwerking tussen inkoop en controle worden verbeterd. Dat komt omdat controle wordt gezien als een wettelijke verplichting en niet als een onderdeel van het inkoopproces. Intensivering samenwerking kan o.a. doordat inkoop is aanwezig bij de risicoanalyse sessies en hier input voor levert. Op het moment dat er controletechnische afwijkingen geconstateerd worden die na hoor en wederhoor nog steeds niet helder zijn, inschakelen van zowel zorginkoop en/of medisch advies.
- Vergoeding door de zorgverzekeraar aan de zorgverlener/zorgaanbieder vindt plaats zonder voldoende zekerheid over de invulling van de materiële controle. Wat is de prikkel voor de zorgverlener/zorgaanbieder om juiste en volledige declaraties te leveren?
- Gepaste handhavingmaatregelen bij overtreding van de gestelde regels. In hoeverre regelt het inkoopcontract tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars handhavingmaatregelen? Kunnen inkoopcontracten gemakkelijk worden aangepast? Misbruik valt onder de sanctionering van de afdeling Speciale Zaken. Administratieve vergissingen (controles) worden gesanctioneerd door terugvordering van onrechtmatige declaraties. Dit geldt in mindere mate bij toepassing van het criterium redelijk aangewezen zorg tenzij het volume daarvan onomstotelijk vastgesteld kan worden (op verzekerdeniveau). Die gevallen moeten leiden tot aanscherping van afspraken (inkoop).
- Als zorgverzekeraars een post als frauduleus aanmerken, kan deze post niet in de risicoverevening worden gebracht (het gaat immers om een ingediende declaratie waarvan onrechtmatigheid vast staat). Omdat fraude vaak achteraf wordt geconstateerd en dus de post al is betaald, is het de vraag of de post wordt terugbetaald door de fraudeur. Voor een zorgverzekeraar is er daarom afhankelijk van de mate van verevening een prikkel om posten niet aan te merken als fraude. In 2010 bedroeg het teruggehaalde fraudebedrag € 6,2 mln en in 2011 € 7,7 mln.
- Kunnen zorgverzekeraars de resultaten van steekproeven op basis van contractuele afspraken tussen zorgverzekeraars met zorgaanbieders doortrekken naar het geheel? Als bijvoorbeeld uit een steekproef van 3% blijkt dat 1 mln aan declaraties niet voor vergoeding in aanmerking komt, dan leidt een contractuele afspraak om dit door te trekken naar het geheel ertoe dat zonder verdere discussie 331/3 maal 1 mln niet wordt vergoed. Zo'n afspraak komt de afwikkeling van materiële controles zeer ten goede en prikkelt de zorgaanbieder declaraties goed te controleren alvorens die aan de zorgverzekeraar te sturen.

16. Toezichtproces.

16.1. Algemeen

Naast het toezicht van de NZa hebben zorgverzekeraars ook te maken met het toezicht door DNB en de AFM. Tussen de NZa en DNB en de NZa en de AFM zijn samenwerkingsprotocollen gesloten. DNB en de AFM werken met elkaar samen in het kader van het Twin Peaks-toezichtmodel. Deze samenwerking is erop gericht om overlap van toezichtinspanningen te voorkomen en de belasting voor onder toezichtstaande zorgverzekeraars tot een verantwoord minimum beperken, gelijkgerichte regelgeving en beleid op de gebieden van markttoetreding, bedrijfsvoering en integriteit en het uitwisselen van informatie en waar nodig afstemming ter zake van (inter)nationaal overleg en (inter)nationale regelgeving te bevorderen via afstemmingsmechanismen in het operationele toezicht en het bij de uitoefening van toezichtstaken rekening houden met de belangen van de andere toezichthouder en van de onder toezicht staande verzekeraars.

DNB oefent in het kader van de Wet toezicht financiële instellingen (Wft) toezicht uit op de integriteit (van (mede-)beleidsbepalers en bedrijfsprocessen) en de solvabiliteit van de zorgverzekeraars in Nederland. De NZa is op basis van de Wmg onder meer belast met: rechtmatigheidtoezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars; sectorspecifiek markttoezicht op de zorgverlenings-, zorgverzekerings- en zorginkoopmarkten; en taken op het terrein van transparantie en informatie in de zorgmarkten.

De AFM oefent in het kader van de Wft gedragstoezicht uit. De NZa is in de sfeer van het gedragstoezicht ingevolge de Wmg belast met onder meer het zorgspecifieke markttoezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De AFM is ingevolge de Wft belast met het gedragstoezicht op aanbieders van financiële producten en adviseurs en bemiddelaars in financiële producten, waaronder ziektekostenverzekeringen. Om overlap in taakgebied tussen de AFM en de NZa te voorkomen, de ziektekostenverzekeraars als aanbieders in de zin van de Wft zijn vrijgesteld van de transparantiebepalingen in de Wft, zoals de informatieverstrekking aan consumenten, reclame-uitingen en verkoop op afstand, aangezien dergelijke bepalingen in de Wmg zijn opgenomen. De AFM houdt op grond van de Wft toezicht op de interne klachtenregeling voor consumenten als onderdeel van de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars, en toezicht houdt op de bemiddelaars van ziektekostenverzekeringen. Vanuit de Wft is dit project voor de toezichtactiviteiten van de AFM minder interessant.

16.2. Toezichtproces NZa

Op grond van de Wmg houdt de toezichthouder NZa toezicht op de verantwoording van de juiste en volledige informatieverstrekking over, de ten behoeve van de vaststelling van de risicoverevening bij het CVZ ingediende, declaraties. De controles op de juistheid en volledigheid van de verantwoorde declaraties DBC's die ten laste van de Zvw worden verantwoord zijn onderdeel van de zogenaamde vereveningsonderzoeken van de NZa. De NZa voert de vereveningsonderzoeken Zvw elk jaar uit; wel kan de diepgang en de keuze van focuspunten variëren.

De NZa heeft het toezicht op de verevening recent aangescherpt, zoals de aanscherping van de nauwkeurigheidstolerantie van 5% naar 3%, de gefaseerde aanpak op gepast gebruik, het benoemen van focuspunten in het Controleprotocol en het meer inzetten van handhavingsinstrumenten richting zorgverzekeraars.

De NZa maakt bij haar toezichtstaak voor de vereveningsonderzoeken gebruik van de werkzaamheden van de externe (en onder voorwaarden ook van de interne) accountant van een zorgverzekeraar. De externe accountant maakt op zijn beurt veelal gebruik van de werkzaamheden van de interne accountants van een zorgverzekeraar.

Via het "Protocol vereveningsonderzoek Zvw en onderzoek uitvoeringsverslag Zvw" geeft de NZa voorschriften voor de controle cq onderzoek naar de financiële verantwoording. Dit protocol wordt afgestemd met CVZ, ZN en in- en externe accountants van zorgverzekeraars. De NZa stelt een onderzoek in naar de uitkomsten van het vereveningsonderzoek. Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de werkzaamheden van de accountant. De NZa rapporteert aan het CVZ over de uitkomsten van het onderzoek per zorgverzekeraar. In deze

rapporten kunnen o.a correcties op de kosten die ten laste van de Zvw zijn verantwoord, zijn opgenomen. Het CVZ betreft deze rapporten bij de uitvoering van de verevening.

Het bestuur van de zorgverzekeraar is verantwoordelijkheid voor de opmaak van de verantwoordingen, in overeenstemming met de relevante bepalingen Zvw en de inrichtingsvoorschriften zoals opgenomen in het Handboek CVZ. Het bestuur is tevens verantwoordelijk voor een zodanige interne beheersing als het noodzakelijk acht om het opmaken van de verantwoordingen mogelijk te maken zonder afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten. De accountant is verantwoordelijk voor het afgeven van het oordeel over de verantwoordingen. Het Protocol is bedoeld als leidraad voor de accountants om zijn werkzaamheden te plannen, uit te voeren en te evalueren.

De NZa stelt in het protocol eisen aan de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de verantwoording. Ook geeft de NZa in het protocol aandachtspunten voor de controle.

De normen waaraan de zorgverzekeraar moeten voldoen zijn vastgelegd in de polissenvoorwaarden en de Zvw/WMG (en daarvan afgeleide wet- en regelgeving)

De NZa schrijft niet een "recept" voor, voor de inrichting van de interne organisatie van een zorgverzekeraar en de inrichting van de controle van de externe accountant. Dat behoort tot de eigen verantwoordelijkheid van het bestuur van een zorgverzekeraar respectievelijk externe accountant.

De NZa stelt dus geen eisen aan de wijze waarop de declaratieverwerking/beoordeling bij een zorgverzekeraar moet plaatsvinden. De NZa stelt wel de eis dat de informatieverzorging over, ten behoeve van de vaststelling van de risicoverevening ingediende, declaraties juist en volledig moet zijn waarbij het juistheidsoordeel gegeven wordt met 95% betrouwbaarheid en 97% nauwkeurigheid.

De declaraties van de DBC's worden door de zorgverzekeraar verantwoord op de jaarstaat Zvw. Daarnaast levert de zorgverzekeraars een verantwoording van DBC gegevens aan ten behoeve van de bepaling van de opbrengstverrekening en een verantwoording van DBC gegevens om de diagnose kosten groepen te bepalen.

De NZa heeft diverse uitingen gedaan over de normstelling rondom gepast gebruik en de eisen die zij stelt aan de borging door zorgverzekeraars. Hierin is onder nadere aangegeven dat de NZa niet de eis stelt dat zorgverzekeraars voor elke individuele nota moeten vaststellen of deze voldoet aan gepast gebruik van zorg. De NZa heeft aangegeven dat zij verwacht dat zorgverzekeraars voor zowel aan de "voorkant" preventieve maatregelen nemen en aan "de achterkant" repressieve controles om gepast gebruik te borgen.

De NZa heeft het standpunt dat adequate preventieve maatregelen, bijvoorbeeld in de vorm van (selectieve) zorginkoop, sturen op volumina, borgen controles in de keten, controle via machtigingen in het algemeen effectiever zijn dan (alleen) controles achteraf op individueel declaratieniveau. Als controles alleen achteraf worden ingericht is het immers 'dweilen met de kraan open' en bestaat de kans dat alleen het topje van de ijsberg wordt geraakt. Preventie heeft een meer generieke werking. Ook bij een goede preventie zal praktijkvariatie nog wel via spiegels in beeld moeten worden gebracht. Enerzijds om te betrekken bij de zorginkoop, maar ook bijvoorbeeld om het machtigingenbeleid bij te sturen en om de grootste afwijkingen eruit te pikken en repressief te behandelen.

Voor de achterafcontroles is het van belang dat zorgverzekeraars investeren in een systematische aanpak waarbij statistische analyse en het genereren van spiegelinformatie noodzakelijk zijn. Zorgverzekeraars kunnen zo afwijkende declaratiepatronen detecteren om vervolgens deze afwijkende patronen nader te analyseren en zo nodig vervolgstappen te zetten richting de zorgaanbieders.

Gefaseerde uitrol toezicht gepast gebruik

De NZa heeft ervoor gekozen om het toezicht op gepast gebruik door zorgverzekeraars gefaseerd uit te rollen om partijen de gelegenheid te geven hun rol op te pakken en ook het toezicht goed in te richten.

In 2010 is de controle op de indicatievoorwaarden als controle-eis opgenomen in het protocol en wordt deze betrokken in de strekking van de controleverklaring. Reden hiervoor is dat de normen hiervoor voldoende eenduidig zijn.

Voor de stand van de wetenschap en praktijk is een pilot met een aantal onderzoeksvragen uitgezet via het protocol. De accountants hadden nog geen rol om de antwoorden op de onderzoeksvragen te toetsen. Ook zijn de uitkomsten niet in de controleverklaring betrokken. De reden hiervoor is dat de norm nog niet uitgekristalliseerd is.

Voor 2011 wordt het toezicht op de stand van de wetenschap en praktijk aangescherpt. Er vindt uitvraag plaats via het Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw en de accountants moeten rapporteren in een Rapport van feitelijke bevindingen. Op advies van de NBA gaat de rol van de accountant nog niet verder dan het weergeven van de bevindingen, omdat de normstelling op onderdelen nog niet scherp genoeg is. Het trekken van een conclusie over de toereikendheid van de inspanningen door de zorgverzekeraar is hierbij voorbehouden aan de NZa.

Ook vindt in 2011 een inventarisatie plaats van het aspect 'redelijkerwijs aangewezen' via het Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw. De accountants hebben hierbij nog geen rol.

Voor 2012 is de opzet om voor het aspect redelijkerwijs aangewezen ook een Rapport van feitelijke bevindingen van de accountants te vragen en indien mogelijk²¹ voor het aspect stand wetenschap en praktijk de normstelling te betrekken in de controleverklaring.

De NZa heeft het standpunt dat adequate preventieve maatregelen, bijvoorbeeld in de vorm van (selectieve) zorginkoop, sturen op volumina, borgen controles in de keten in het algemeen effectiever zijn dan controles achteraf.

Voorts heeft de NZa nog het signaaltoezicht. Indien de NZa signalen ontvangt van consumenten, zorgaanbieders, of andere zorgverzekeraars, dat een zorgverzekeraar de Zvw niet juist toepast, kan de NZa een onderzoek starten en indien nodig handhavende maatregelen treffen om te zorgen dat de zorgverzekeraar de Zvw correct uitvoert.

Tevens voert de NZa het toezicht uit op de gedeclareerde prestaties en tarieven door zorgaanbieders. Hiertoe kan zij – op basis van signalen – toezichtonderzoeken doen bij zorgaanbieders en indien nodig handhavend optreden. Onlangs heeft de NZa diverse boetes opgelegd onder andere in de mondzorg en bij een ziekenhuis.

16.3. Toezichtproces NZa: specifiek toezicht

Omdat er teveel aandoeningen/soorten DBC's zijn, is het niet rationeel mogelijk om het toezicht in te steken om het niveau van individuele aandoeningen/DBC's. Het toezicht is ingestoken op het totaal aan DBC's. De externe accountant geeft een juistheidsoordeel op basis van steekproeven en/of een toets van het interne systeem van een zorgverzekeraar. Op basis van signalen/attentionpunten kan wel op ad hoc basis ingezoomd wordt op het niveau van individuele aandoeningen/DBC's. Voor de gekozen aandoeningen is dat niet het geval geweest. De NZa beschikt daarom niet over data (zoals aandachtspunten, bevindingen onderzoek) met betrekking tot varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP.

16.4. Toezichtproces NZa: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit toezichtoptiek?

²¹ Hiervoor is nader overleg met de NBA nodig.

- Aanscherping van de materiële controles, zoals onder andere naar voren komt in het NZa rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2010 van februari 2012.

16.5. Toezichtproces NZa: Wat zijn de aandachtspunten vanuit toezichtoptiek?

- Hoe worden risicovelden bepaald en hoe wordt hiermee omgegaan?
- Hoe wordt de optimale mix tussen controles door zorgaanbieders/zorgverzekeraars en toezicht bepaald? Wie bewaakt samenhang bij controle tussen de zorgketenonderdelen?
- Meer aandacht voor materiële controles nodig.
- Toezicht en handhaving van de regels moeten markt prikkelen.
- Proactieve samenwerking met DNB.

16.6. Toezichtproces DNB

Het prudentiële toezicht dat DNB uitoefent op zorgverzekeraars is erop gericht dat financiële instellingen solide en solvabele bedrijven zijn, die hun verplichtingen kunnen nakomen. Kernelementen zijn het bewaken van de solvabiliteits- en liquiditeitspositie, het beoordelen van de kwaliteit van de bedrijfsvoering, en het toetsen van bestuurders. Hiernaast oefent DNB integriteitstoezicht uit gericht op de bescherming en bevordering van de integriteit van het financiële stelsel in Nederland en op de integere bedrijfsvoering van de onder toezicht staande ondernemingen (<http://www.toezicht.dnb.nl/2/50-201878.jsp>). Het betreft zowel de integriteit van de (mede)beleidsbepalers als een integere bedrijfscultuur. Een financiële onderneming richt de bedrijfsvoering zodanig in dat deze een beheerste en integere uitoefening van haar bedrijf waarborgt. Dat betekent dat risico's in kaart zijn gebracht en dat daarvoor voldoende beheersmaatregelen zijn getroffen. Deze eisen worden ook gesteld aan zorgverzekeraars.

16.7. Toezichtproces DNB: specifiek toezicht

Het toezicht van DNB haakt niet aan bij (medische) behandelingen.

16.8. Toezichtproces DNB: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit toezichtoptiek?

- De invoering van de Solvency II richtlijn, waaronder de versterking van risicomanagementsystemen.
- DNB heeft een actieplan 2010-2014 opgesteld met een beleidsvisie en aanpak gedrag en cultuur bij financiële ondernemingen: De 7 Elementen van een Integere Cultuur²². In de beleidsvisie van DNB zijn er 7 elementen die een onderneming dient mee te nemen om integer gedrag in de zin van verantwoordelijkheid nemen en verantwoording afleggen te verankeren in de bedrijfscultuur.
 - Belangenafweging/evenwichtig handelen: alle relevante belangen onderkennen en zichtbaar meewegen.
 - Consistent handelen: handelen in lijn met doelstellingen en keuzes.
 - Bespreekbaarheid: stimuleren van een positief kritische houding van werknemers en ruimte geven voor het bespreken van besluiten, andere opvattingen, fouten en taboes.
 - Voorbeeldgedrag: good behaviour at the top (persoonlijke integriteit, waaronder het voorkomen van (de schijn van) belangenverstremgeling.
 - Uitvoerbaarheid: realistische targets stellen en het wegnemen van perverse prikkels.
 - Transparantie: vastleggen van en communiceren over doelstellingen en principiële keuzes naar alle stakeholders toe.
 - Handhaving: aan niet-naleving worden consequenties verbonden.

16.9. Toezichtproces DNB: Wat zijn de aandachtspunten vanuit toezichtoptiek?

- De implementatie van toegesneden risicomanagementsystemen inclusief controle en periodieke risicoanalyse.

²² DNB, 06 december 2011, kenmerk 2011/794154

- De vaststelling van de minimumvereiste solvabiliteitsmarge in het licht van de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem (conform artikel 68 Besluit Prudentiële Regels Wft).
- De toetsing (samen met de AFM) van bestuurders en commissarissen op betrouwbaarheid en geschiktheid (conform beleidsregel Deskundigheid 2011)

17. Het Zorgverzekeringsfonds.

17.1. Het Zorgverzekeringsfonds: algemeen

De vereveningsonderzoeken Zvw die de Nza elk jaar uitvoert (zie vorige paragraaf) zijn uitgangspunt bij de risicoverevening. Het CVZ voert de risicoverevening uit. Dit houdt in dat het CVZ de risicovereveningsbijdragen vaststelt en deze uitbetaalt aan de zorgverzekeraars. De vereveningsbijdrage berust op een schatting van de zorgkosten. Deze schatting is gebaseerd op het risicoprofiel van de verzekerden. Het risicoprofiel bestaat uit een aantal kenmerken van de verzekerden, waaronder leeftijd en geslacht, gezondheidskenmerken en de aard van het inkomen. Daarnaast worden zorgverzekeraars deels gecompenseerd voor gerealiseerde zorgkosten. De zorgverzekeraars lopen hierbij op verschillende soorten zorgkosten, een verschillend risico. Op DBC's in het vrije segment, (waaronder Varices, P.O.A.D, bovenooglidcorrecties en HNP) lopen ze bijvoorbeeld relatief veel risico."

17.2. Het Zorgverzekeringsfonds: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- De gefaseerde afbouw van de ex post risicoverevening.

17.3. Het Zorgverzekeringsfonds: Wat zijn de aandachtspunten vanuit controleoptiek?

- Wanneer de controle in het voortraject mankeert, kan dit weer gevolgen hebben voor de juistheid en volledigheid van de vereveningsbijdrage: niet alleen kunnen onrechtmatige declaraties tot te ruime ex post risicovereveningsbijdragen leiden, maar ook verruiming van de basis voor de vaststelling van de ex ante risicovereveningsbijdrage.
- Investeren in goed opgezette controle levert geld op en beperkt uitgaven, verlicht de druk op premies en vermindert de druk op de collectief verzekerde zorg.
- Partijen in de keten neigen ertoe vanuit het eigen segment te kijken, terwijl er juist kansen liggen om het systeem op een hoger niveau te tillen door te kijken vanuit de gehele keten.
- Het Zorgverzekeringsfonds stelt de risicovereveningsbijdrage vast, maar heeft geen toezichtinstrumenten en de NZa heeft wel de mogelijkheid toezicht uit te oefenen maar kan de bijdrage niet vaststellen.

DEEL II Verbeteringen

18. De verbeteringen

18.1. De verbeteringen: inleiding

Na beschrijving van het proces (fase 1 van PInCeT) wordt in deel II de aandacht gericht op de verbeteringen met betrekking tot de controle en het toezicht erop (fase 2). Waar en hoe kan de controle en het toezicht erop worden versterkt opdat een integere bedrijfsvoering met oog voor het maatschappelijk belang is geborgd? In de 3^e fase van PInCeT zal na overleg in de stuurgroep worden gekeken naar de implementatie van de verbeteringen, waarbij wordt aangetekend dat er geen enkele reden is voor betrokkenen om met implementatie van verbeteringen te wachten, integendeel. Hoe eerder verbeteringen worden aangebracht hoe beter. Op een aantal onderdelen zijn overigens al verbeteringen in gang gezet; zie hierna.

Om het risico op onjuiste en onvolledige informatieverschaffing over, ten behoeve van de vaststelling van de risicoverevening, ingediende declaraties [in het vervolg in plaats van onjuiste en onvolledige informatieverschaffing over, ten behoeve van de vaststelling van de risicoverevening, ingediende declaraties kortweg onrechtmatige declaraties] te kunnen beheren gaat het in essentie om de volgende aandachtsgebieden bij de verbeteringen, te weten:

- A. meer aandacht nodig van partijen in de zorgketen voor controle(systemen) van onrechtmatige declaraties;
- B. verduidelijking van (controle)normen;
- C. versterking van de aansluiting van DBC-zorgproducten op het collectief verzekerd pakket;
- D. versterking van risicomanagementsystemen bij partijen in de zorgketen;
- E. de prikkels op de juiste wijze hebben staan om declaraties beter te controleren; en
- F. voldoende controlecapaciteit.

Hiervan uitgaande zijn aangedragen verbeterpunten en verbeterpunten die uit de procesbeschrijving volgen hieronder met in achtname van de indeling hiervoor weergegeven en waar nodig toegelicht. Tevens is aangegeven of verbeteringen op korte termijn of langere termijn zijn te realiseren of ze specifiek (afhankelijk van de behandeling) of algemeen toepasbaar zijn en of met de verbetering al een aanvang is gemaakt.

18.2. De verbeteringen: Algemeen

Aandacht van de partijen in de zorg voor controle is de basis om tot aanvaardbare controle(systemen) voor rechtmatige declaraties te komen.

A	Aandachtspunt	Verbetering	Wie betrokken
A1	Gepaste aandacht voor controle(systemen)	- Maatregelen pas invoeren nadat adequaatheid, uitvoerbaarheid en controleerbaarheid controle is vastgesteld	Allen

- Controle is normaliter een onderdeel van een risicomanagementsysteem (C1/2) en zou als zodanig niet apart hoeven te worden benoemd. Dat het toch is gedaan, vindt zijn oorsprong in het feit dat de cultuur van het denken in risico's (met betrekking tot geld dat uit het zorgsysteem weglekt waardoor de premie stijgt en/of het collectief verzekerd pakket) en het managen van die risico's in de sfeer van de rechtmatigheid van de declaraties niet erg leeft, hoewel de bedragen waarom het gaat zeer groot zijn. Als de cultuur goed gericht staat, wordt het invoeren van maatregelen (wetten, besluiten, regels, etc) nadat de adequaatheid, uitvoerbaarheid en controleerbaarheid is vastgesteld meer een vanzelfsprekendheid.

- Op langere termijn te implementeren.

- Algemeen toepasbare verbetering.

A2	Aandacht voor het reviewen van controle	- Periodiek controlesysteem reviewen	Allen
----	---	--------------------------------------	-------

- Een goed controlesysteem wordt periodiek gereviewd om de controle scherp te houden; feitelijk wat nu via PInCeT gebeurt.
- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

A3	Implementatie van verbeteringen in de controle (zie verbeteringen A hiervoor en B t/ F hierna)	- Monitoren vorderingen - Transparantie	Allen
----	--	--	-------

- Het ligt voor de hand de implementatie van verbeteringen in de controle (conform het plan van aanpak) te monitoren. Bij zorgverzekeraars wordt bijvoorbeeld de verbetering van het risicomangementsysteem al door een onafhankelijke commissie gemonitord. Wat de algemene voortgang van PInCeT betreft komt het logisch voor de TK over de vorderingen bij de implementatie van verbeteringen te berichten te meer omdat in diverse stukken wordt verwezen naar PInCeT (beantwoording Kamervragen naar aanleiding van promotie Fleur Hasart, het NZa rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2010, de brief waarbij laatstgenoemd rapport aan de TK wordt aangeboden.
- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

18.3. De verbeteringen: Verduidelijking normen
Duidelijke normen en afspraken zijn een voorwaarde om partijen eraan te houden en de afspraken te kunnen controleren.

B	Aandachtspunt	Verbetering	Wie betrokken
B1	Duidelijke professionele standaarden/medische richtlijnen (bijvoorbeeld invulling redelijkerwijs aangewezen zorg [vb hernia en P.A.O.D. 2])	- Waar mogelijk verduidelijken plus toepassing principe "comply or explain" - Waar nodig beschrijft het CVZ stepped care in standpunt - controle op naleving standaarden	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars NZa

- Duidelijke, eenduidige en actuele normen zorgen voor vergemakkelijking van controles. Het moet evenwel wanneer daartoe aanleiding is van normen af te wijken; via een "comply or explain"-systeem kan de nodige flexibiliteit worden gecreëerd.
- In die gevallen waarin bijvoorbeeld geen duidelijke fasering in de te zetten stappen bestaat, zal een goed werkend risicomangementsysteem (zie D1/2) rode lichten laten zien. Dat kan vervolgens reden zijn om de controle te intensiveren. In de mate dat de controle aanscherping behoeft, heeft dat overigens weer gevolgen voor de bonus/malusclausule (zie E1). In de mate dat een fasering in de te nemen stappen tot stand wordt gebracht, heeft dat weer een gunstig effect op het niveau van de bonus/malus-clausule.
- Zie E1 (bonus/malus-clausule).
- Ongoing proces van verbeteringen.
- Specifiek toepasbare verbetering.

B2	Beoordeling zorg met aanspraakbeperking	- Verduidelijken controle omdat onduidelijk is wat wel en niet onder het collectief verzekerd pakket valt	CVZ DBC-Onderhoud Zorgverleners
----	---	---	---------------------------------------

			Zorgaanbieders Zorgverzekeraars NZa
--	--	--	---

-Bij zorg met een aanspraakbeperking bestaan 3 opties: 1. valt buiten het collectief verzekerd pakket (rood); 2. hangt af van medische indicatie (oranje); indien aanwezig dan valt de behandeling binnen het collectief verzekerd pakket (voor zover voor het overige rechtmatig); en 3. de rest (kleurloos). De vraag met betrekking tot de 3e groep is, hoe wordt bepaald of behandelingen onder het collectief pakket vallen als het CVZ (nog) geen (her)beoordeling heeft gegeven. In het bijzonder rijst de vraag hoe de zorgverzekeraar tot de schifting tussen collectief en niet collectief verzekerd komt. Hier komt bij dat in de praktijk de 3e groep zorg voorlopig wordt vergoed en pas naderhand wordt gecontroleerd. In laatste instantie wordt de controle bepaald aan de hand van de zorg, echter dan moeten die wel bij het risicobeheer als risico zijn geselecteerd. Als de controle negatief uitvalt dan moet de vergoeding worden teruggedraaid. Concluderend: de vraag is hoe zorgverzekeraars de controle uitvoeren?

- Zie D1 (risicomanagementsysteem)/D2 (risicoanalyse).
- Zie E1 (bonus/malus-clausule).
- Op korte termijn te implementeren.
- Specifiek toepasbare verbetering.

B3	- Informatie over indicatiestelling - Controleerbaarheid indicatie-interventiecombinaties	- Standaard indicatiestelling opnemen op declaratie - Aansluiting tussen indicatiestelling en controle versterken door bij declareren de verplichting op te nemen om de indicatie te melden. Waar nodig zal het CVZ gespecificeerde indicaties in de standpunten vermelden.	NZa CVZ DBC-Onderhoud Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars VWS
----	--	--	---

- Controle wordt vereenvoudigd als uit de declaratie blijkt waarvoor behandeling heeft plaatsgevonden.
- Tegenwoordig wordt steeds meer gewerkt met indicatie-interventiecombinaties, die ook niet zichtbaar zijn op de declaratie. Bij indicatie-interventiecombinaties wordt aangegeven dat een bepaalde interventie bij een bepaald indicatiegebied een te verzekeren prestatie is. Hierdoor is bij controle niet alleen de interventie van belang, maar ook het indicatiegebied. Afhankelijk van de risico's op te veel vergoeden, kan het CVZ de beschrijving:
Als CVZ standpunt formuleren; of in de regelgeving laten opnemen.
Knelpunt privacy.
- Zie D1 (risicomanagementsysteem)/D2 (risicoanalyse).
- Zie E1 (bonus/malus-clausule).
- Op langere termijn te implementeren.
- Informatie over indicatiestelling: algemeen toepasbare verbetering.
- Controleerbaarheid indicatie-interventie-combinaties: specifiek toepasbare verbetering.

B4	Regels met betrekking tot registratie, facturering in AO/IC van zorgaanbieder	- AO/IC-regels over registratie en facturering in AO/IC verduidelijken en inbedden in de AO/IC van zorgaanbieders	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars NZa
----	---	---	--

- De beroepsorganisatie van accountants voor ziekenhuizen, Coziek, heeft zorgaanbieders adviezen verstrekt en op risico's gewezen met betrekking tot onder andere de AO/IC. Dat betekent dat op dit vlak ook verbetering in gang wordt gezet mits de zorgaanbieders de adviezen ook uitvoeren; dat moet evenwel nog gebeuren. In dit kader dient ook aandacht te worden geschonken aan onderliggende regelgeving zoals NZa beleidsregel BR/CU-2068. De NZa heeft in haar doorontwikkelagenda DOT ook de registratieregels benoemd als doorontwikkelpunt.
- Zie D1 (risicomanagementsysteem)/D2 (risicoanalyse).
- Zie E1 (bonus/malus-clausule).
- Op korte termijn te implementeren.

- Algemeen toepasbare verbetering.

B5	Geen onderscheid basis- en aanvullende polis in AO/IC in de administratie van zorgverleners en zorgaanbieders	- Onderscheid maken in AO/IC tussen basis- en aanvullende polis	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars NZa
----	---	---	--

De basispolis en de aanvullende polis zijn verschillende verzekeringsproducten, die verschillende juridische implicaties hebben en die verschillen moeten uit de administratie (AO/IC) naar voren komen. Als de primaire bron het onderscheid tussen basispolis en aanvullende polis maakt in de eigen AO/IC dan is dat beter dan de situatie waarin een derde partij met minder informatie dit onderscheid moet maken. Ook is het uitvoeringstechnisch gezien het grote aantallen declaratieregels beter om het bij de bron al goed ingeregeld te hebben.

- Zie D1 (risico-managementsysteem)/D2 (risicoanalyse).
- Zie E1 (bonus/malus-clausule)
- Op langere termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

B6	Verwachtingen-kloof accountant en NZa	- Kloof inventariseren en vervolgens dichten - Zo nodig aanscherpen vereveningsprotocol NZa	NZa Zorgverzekeraars
----	---------------------------------------	--	-------------------------

- De accountant kent in zijn/haar werk beperkingen vanwege het medisch beroepsgeheim en omdat hij zij/niet medisch is geschoold, waardoor niet alle onderdelen van de formele en materiële controle kunnen worden gecontroleerd (Wat is de stand van de wetenschap en praktijk? Welke zorg is geleverd? Wat is redelijk aangewezen zorg?). Hiernaast wordt de accountant geconfronteerd met normeringen, onder andere in het risicovereveningsprotocol van de NZa, die soms niet duidelijk zijn. In het algemeen lopen accountants tegen dezelfde problemen aan, die ook in het project PInCeT opkomen. In het rapport rechtmatigheid Zvw 2010 kondigt de NZa aan dit punt af te stemmen met de NBA en de externe accountants van zorgverzekeraars.

- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

B7	Juistheid en volledigheid van informatie	- Uitgangspunt dient te zijn juiste en volledige informatieverschaffing over, ten behoeve van de vaststelling van de risicoverevening ingediende, declaraties verzekeren.	Zorgverzekeraars NZa CVZ VWS
----	--	---	---------------------------------------

- Om aanspraak op een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds te maken dienen juiste en volledige informatie over, ten behoeve van de vaststelling van de risicoverevening ingediende, declaraties te worden verschaft (de declaraties dienen rechtmatig te zijn). Om de vereveningsbijdrage vast te stellen verschaffen de zorgverzekeraars hierover informatie. De NZa controleert de informatie op juistheid en volledigheid. Zij kijkt hierbij in het bijzonder naar de volgende aspecten. De formele aspecten: 1. de juistheid van het tarief; 2. de aanwezigheid van de vereiste verwijzing of machtiging; en 3 of de zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk is? De materiële aspecten: 1. Is de zorg geleverd; en 2. is de zorg aangewezen? Het CVZ gebruikt deze informatie als input bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage.

- In accountantstermen gaat controle op de juistheid en volledigheid minder ver dan controle op de rechtmatigheid van declaraties (de juistheid en volledigheid van de informatieverschaffing over, ten behoeve van de vaststelling van de risicoverevening ingediende declaraties) om de redenen genoemd bij B6. Door een adequaat risicomangementsysteem (zie D1/2) kan controletechnisch het verschil tussen juistheid en volledigheid in accountantstermen en de gewenste rechtmatigheid van declaraties (de juistheid en volledigheid van de informatieverschaffing over, ten behoeve van de vaststelling van de risicoverevening ingediende, declaraties) worden overbrugd.
- Op korte termijn te implementeren.

- Algemeen toepasbare verbetering.

18.4. De verbeteringen: aansluiting basispolis en DBC-zorgproducten op het collectief verzekerd pakket

De prestatiebeschrijving/declaratietitel en de basispolis moeten aansluiten op het collectief verzekerd pakket, zodat bij declaratie duidelijk is wat wel en niet onder de basispolis valt.

C	Aandachtspunt	Verbetering	Wie betrokken
C1	Vertaling verzekerd pakket naar DBC-zorgproducten	- Discrepanties identificeren, grootte en variëteit problematiek vaststellen en adequaat herstelplan maken	NZa DBC-onderhoud CVZ Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars

- De DBC-systematiek is primair ontwikkeld om de bekostiging van de medisch-specialistische zorg te regelen. Secundair is gekeken welke wensen van andere belanghebbende partijen zo goed mogelijk een plaats konden krijgen in de systematiek. Gegeven het systeem moet worden gekeken wat mogelijk is om controles binnen het systeem in te bouwen en wat er buiten valt anders op te lossen.

- Discrepanties vinden onder andere hun oorzaak in:

- verschillende terminologie en criteria bij het collectief verzekerd pakket en DBC-zorgproducten;
- verschillen tussen Wmg en Zvw; en
- de verpakking van onverzekerde zorg in verzekerde zorg.

DBC-Onderhoud is samen met het CVZ bezig met het maken van een inventarisatie van de discrepanties.

- Specifiek toepasbare verbetering.

- Afhankelijk van de aard van de zaak kan de termijn korter of langer zijn.

C2	Wijzigingen in collectief verzekerd pakket, nieuwe duidingen of standpunten	- Uitgangspunt: het zo snel mogelijk inbrengen van het verzekerd pakket in het DBC-declaratiesysteem op een zodanige wijze dat het uitvoerbaar is ²³ . - Procedure bij vermoeden van ongebruikelijke zorg	CVZ NZa DBC-onderhoud
----	---	---	-----------------------------

- Met DOT is er een enorme wijziging geweest in de manier waarop aanspraakbeperkingen in het DBC-systeem zijn verwerkt. Een klein aantal zaken is hierbij over het hoofd gezien. Op dit moment vindt een inventarisatie plaats waar het niet goed zit, waarna dit wordt hersteld. Gebeurt in de regel; misgegaan bij varices en bovenooglidcorrecties.

- specifiek toepasbare verbetering.

- op korte termijn te implementeren.

C3	Verduidelijk definiëring zorgactiviteiten en doorontwikkeling zorgactiviteitentabel	- Verbetering/aanvulling definities zorgactiviteiten - Volledige zorgactiviteitentabel	NZa DBC-onderhoud Zorgverleners zorgaanbieders
----	---	---	---

- De zorgactiviteitentabel bevat nog een aantal hiaten en overlap tussen zorgactiviteiten, welke moeten worden verbeterd om een eenduidige registratie te bewerkstelligen. Tevens ontbreken goede definities van een aantal zorgactiviteiten. De NZa heeft hier het volgende over opgenomen in de doorontwikkelagenda DOT (doorontwikkelagenda DOT, november 2011).

"Zorgactiviteiten (circa 4000) vormen het profiel van een DBC-zorgproduct en dienen als basis voor de registratie en afleiding van DBC-zorgproducten binnen DOT. Ook spelen ze een rol bij de

²³ Met inachtneming van de 4 vaste uitleveringen per jaar

bepaling van de aanspraak op het product en of een Wet op bijzondere medische verrichting vergunning (Wbmv-vergunning) vereist is om te mogen declareren. Veel zorgactiviteiten stammen nog uit de oude tabellen van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Gevolg kan zijn dat de zorgactiviteit achterhaald is, de omschrijving verouderd of dat niet volledig duidelijk is wanneer een dergelijke activiteit vastgelegd mag worden. Dit heeft ongewenste gevolgen voor de stabiliteit van het systeem en controleerbaarheid van uitkomsten door zorgverzekeraars, en daarmee de werking van het systeem.

Voor de release RS08 (release welke op 30 juni door de NZa is vastgesteld) zijn al verschillende wijzigingen doorgevoerd in de zorgactiviteitentabel. Nu dient er over de hele linie nog een grote verbeterslag te worden doorgevoerd. Deze verbeterslag bevat de volgende onderdelen:

- Overbodige zorgactiviteiten dienen te worden afgeschaft;
- Onduidelijke zorgactiviteiten dienen te worden verduidelijkt (het liefst een definiëring per zorgactiviteit);
- Er dient een goede indeling te komen in categorieën zorgactiviteiten;
- Waar nodig dienen ook de registratiebepalingen hierop te worden aangepast zodat er sprake is van eenduidige vastlegging van activiteiten.

Het initiatief voor deze verbeterslag ligt bij DBC-O. Inmiddels is samen met de NFU en NVZ in een werkgroep een start gemaakt. De NZa is bij deze verbeterslag betrokken.

- Specifiek toepasbare verbetering.
- start op kortere termijn; op langere termijn te implementeren

C4	Koppeling CBV-codes aan zorgactiviteiten	- Uniformeren koppeling CBV-codes aan zorgactiviteiten	DBC-onderhoud DHD Zorgverleners zorgaanbieders
----	--	--	---

- Het Centraal Beheer Verrichtingenbestand (CBV) is een private partij (onder beheer van de zorgaanbieders) die naast de landelijke geldende zorgactiviteitentabel een eigen registratietabel heeft opgezet. Het streven van de NVZ/NFU is om in 2014 de basisadministratie/bronregistratie op basis van (een beknoptere variant van) de CBV. Vanuit het CBV-bestand wordt dan een koppeling gelegd naar de zorgactiviteiten. DBC-Onderhoud en Dutch Hospital Data, als beheerder van het CBV, zijn in gesprek om de koppeling te uniformeren. Hierdoor kan een uniforme aansluiting ontstaan van de basisadministratie op de in Grouper onderscheiden zorgactiviteiten, die weer de basis zijn voor de DBC-zorgproducten. Dit verbeterpunt is al ter hand genomen. De NZa tekent aan dat het de eigen verantwoordelijkheid is van partijen of zij een koppeling tot stand willen brengen; de NZa schrijft die niet voor. In ieder geval vervangt de basisadministratie niet de door de NZa gedefinieerde zorgactiviteiten. Aangrijpingspunt voor het toezicht is de zorgactiviteitentabel en niet de basisadministratie. Partijen dragen dus een eigen verantwoordelijkheid over een juiste koppeling tussen lokale verrichting/CBV-verrichtingen met de reguliere zorgactiviteitentabel.

- Algemeen toepasbare verbetering.
- Op langere termijn te implementeren.

18.5. De verbeteringen: Een toegesneden risicomangement systeem
Om te weten waarop controles zich moeten richten, dient een toegesneden risicomangementstelsel te bestaan.

D	Aandachtspunt	Verbetering	Wie betrokken
D1	Risicomangement-Systeem	- Invoeren en uitvoeren	CVZ Zorgaanbieders Zorgverzekeraars DNB/NZa

- De zorgverzekeraars zijn doende een risicomangementssystemen te verbeteren. Zowel een onafhankelijke monitoringcommissie als DNB zien toe op de implementatie.
- Om rechtmatigheid van de declaraties te kunnen vaststellen moet deze worden gecontroleerd. Onduidelijk is waarom beschikbare data hier al niet voor worden gebruikt. Voor een adequate uitvoering van deze controles dienen aan de hand van betrouwbare data onder andere opvallende

afwijkingen of statische verbanden (de potentiële risico's) in kaart te worden gebracht. Vervolgens dienen deze te worden geanalyseerd en gewogen. De uitkomst hiervan indiceert de aandachtsgebieden waarop het risicobeheer (inclusief AO/IC) zich dient te richten. Een goed werkend risicomanagementsysteem (zie D1/2) laat rode lichten zien wanneer risico's nog niet (adequaat) zijn geadresseerd. De resultaten hiervan vormen weer de input om via de inkoopfunctie maatregelen te nemen door onder andere het opnemen of aanscherpen van een bonus/malus-clausules (E1). Risicomangement veronderstelt een goede inbedding in de organisatie. Tegen de achtergrond van de nieuw in te voeren Europese Solvency II-richtlijn heeft Menzis zijn risicomangement systeem onlangs gemoderniseerd. Dit soort informatie en risicomanagementsystemen zijn overigens ook van belang voor zorgaanbieders. Hoe verhoudt bijvoorbeeld het functioneren van zorgaanbieders zich op dit punt ten opzichte van elkaar? Welke ruimte heeft de zorgaanbieder bij onderhandelingen met de zorgverzekeraar? Op welke onderdelen van de materiële controle zal de zorgverzekeraar de nadruk leggen tijdens onderhandelingen? Als je als zorgaanbieder bij contractsonderhandelingen niet op dit soort onderwerpen bent voorbereid, loop je het risico verlieslatende deals te sluiten waardoor je voortbestaan in gevaar kan komen of waardoor je bij fusies tot een verkeerde waardebeoordeling komt. Een goed risicomanagementsysteem zorgt er mede voor dat de aanbieder goed kan onderhandelen wat weer gunstige effecten heeft op de bonus/malus-regeling.

- Een goed werkend risicomanagementsysteem (zie D1/2) laat rode lichten zien wanneer in het bijzonder de verbeteringen C2 (controleerbaarheid indicatie-interventiecombinaties), E1 (prikkels inbouwen om rechtmatige declaraties verzekeren), E3 (discussie over C2 bij varices), E4 (bovenooglidcorrecties), F1/2 (capaciteit), B1 (duidelijke normen), B2 (beoordeling zorgactiviteiten met aanspraakbeperking), B4 (regels zorgverleners/zorgaanbieders in de AO/IC met betrekking tot registratie en facturering) en B5 (geen onderscheid tussen basis en aanvullende polis bij zorgverleners/zorgaanbieders) nog niet (adequaat) zijn geadresseerd. Dat kan vervolgens reden zijn om de controle te intensiveren. In de mate dat de controle aanscherping behoeft, heeft dat overigens weer gevolgen voor de bonus/malus-clausule (E1). In de mate dat de genoemde verbeterpunten zijn geïmplementeerd, heeft dat weer een gunstig effect op het niveau van de bonus/malus-clausule.

- Zorgverzekeraars: op korte termijn te implementeren.
- Zorgaanbieders: op lange termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

D2	Opvallende afwijkingen of statistische verbanden (vb praktijkvariatie bij varices, P.A.O.D. of hernia of andere opvallende zaken bij andere andere registratie en het invullen van medische indicaties)	<ul style="list-style-type: none"> - Periodieke risicoanalyse (inclusief spiegelinformatie en statistische analyse) op basis van betrouwbare data - Resultaat via inkoopfunctie afwickelen - Resultaat geanonimiseerd transparant maken 	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars DBC-Onderhoud/Vektis
----	--	--	---

- Opvallende afwijkingen of statistische verbanden zullen bij een goed functionerend risicomanagementsysteem (zie D1) tot rode lichten leiden. Daarom moeten data periodiek worden verzameld en geanalyseerd. Onduidelijk is waarom beschikbare data hier al niet voor worden gebruikt. Van belang hierbij is dat de data van voldoende kwaliteit zijn en voldoende diep gaan om een betrouwbaar resultaat te garanderen. Na analyse kan blijken dat afwijkingen of verbanden goed verklaarbaar zijn. Zij vormen dan geen aanleiding tot verdere controle. DBC-zorgproducten zijn niet op voorhand op specialistenniveau herleidbaar, wat de mogelijkheden tot analyse beperkt tot het niveau van specialismen en ziekenhuizen. In data met een hoger aggregatieniveau zijn verbanden niet minder gemakkelijk te ontdekken dan in die met een lager aggregatieniveau. Dat beperkt weer de opstelling van adequate risicoanalyses en daarmee de controle.

- zie ook F1/2.
- Op korte termijn te implementeren.

- Algemeen toepasbare verbetering.

D3	Inkoopfunctie	- Versterking samenwerking inkoop, controle en medisch adviseur - Versterking controlesysteem zorgaanbieders door het afspreken van onder andere bonus/malus clauses	Zorgverzekeraar
----	---------------	---	-----------------

- Op korte termijn te implementeren.

- Algemeen toepasbare verbetering.

18.6. De verbeteringen: De prikkels de goede kant op hebben staan
De aanwezigheid van de juiste prikkels bevordert de indiening van rechtmatige declaraties.

E	Aandachtspunt	Verbetering	Wie betrokken
E1	Prikkels inbouwen om rechtmatige declaraties te verzekeren (voorbeelden van onrechtmatigheden: vergissingen, fraude, upcoding [vb varices], overdeclaratie [vb varices en P.A.O.D.], niet redelijk aangewezen zorg en zorg niet conform praktijk en wetenschap)	-Opnemen prikkels zoals bonus/malus clauses in contracten en het doortrekken van steekproeven naar het geheel	Zorgverleners zorgaanbieders zorgverzekeraars NZa

-In het huidige controlesysteem bestaat geen prikkel voor de zorgaanbieder om te voorkomen dat onrechtmatige declaraties worden aangeleverd. Als er een onrechtmatigheid wordt ontdekt moet de zorgaanbieder slechts de ten onrechte genoten vergoeding terugbetalen, maar er volgt geen (contractuele) verrekening van (door zorgverzekeraars gemaakte) controlekosten en sancties: het leven gaat voor het overige gewoon weer door! Ontdekt de zorgverzekeraar de onrechtmatige declaratie niet dan wordt de zorgaanbieder gewoon betaald en leiden deze ten onrechte betaalde kosten uiteindelijk tot een premieverhoging. Resultaat: de verzekerde betaalt voor onrechtmatige declaraties. Bij de zorgverzekeraar bestaat evenmin een prikkel om de materiële controle stevig op poten te zetten en daarmee de onrechtmatige betalingen te voorkomen. Dit kost hem namelijk moeite en in eerste instantie geld, wat eventueel later (gedeeltelijk) via een premieverhoging kan worden gecompenseerd. Het ontbreken van een prikkel voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om dit te voorkomen leidt ertoe dat de verzekerden uiteindelijk een te hoge premie betalen. Door het inbouwen van prikkels voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars kan het zorgsysteem per saldo voordeel boeken; op macroniveau worden de kosten beter beheerst.

- Door zorgverzekeraars zouden bijvoorbeeld via de inkoopfunctie bonus/malus clauses in contracten met zorgaanbieders kunnen worden opgenomen. Hierbij zouden de (begrote) controlekosten die de zorgverzekeraar heeft het uitgangspunt van de bonus/malus clause kunnen zijn. In de mate dat een zorgaanbieder zijn controle goed heeft geregeld, ontvangt hij een bonus en in het geval een zorgaanbieder het slecht heeft geregeld een malus ten opzichte van het door de zorgverzekeraar gekozen kostenuitgangspunt. Zo'n prikkel raakt uiteraard de concurrentiepositie van zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar en werkt binnen de zorgaanbieder door naar de zorgverlener. Het is aan de individuele zorgverzekeraar om in het kader van het risicomangement via de inkoopfunctie vorm te geven aan de clauses. In de markt bestaan allerlei varianten. Zo kennen ondernemingen (Philips) "preferred" leveranciers, die deze status onmiddellijk verliezen indien bij controle fouten worden ontdekt; dat heeft uiteraard aanzienlijke gevolgen voor de leverancier. De beoordeling van de bonus of malus dient uiteraard op basis van objectieve indicatoren die

in het contract zijn opgenomen plaats te vinden. In de mate dat het moeilijker is de rechtmatigheid van declaraties vast te stellen en dus het risico op onrechtmatigheid toeneemt, vertaalt zich dat via toeneming van materiële controles in een hoger kostenuitgangspunt van de bonus/malus clausules. In het omgekeerde geval leidt het tot een verlaging. Kortom: als de rechtmatigheid van de declaraties moeilijker is vast te stellen zullen de controlekosten hoger zijn en wordt de bonus/malus ook groter.

- Ook wanneer zorgverzekeraars de resultaten van steekproeven op basis van contractuele afspraken tussen zorgverzekeraars met zorgaanbieders kunnen doortrekken naar het geheel heeft dat een prikkelend effect op de controle door zorgaanbieders. Als bijvoorbeeld uit een steekproef van 3% blijkt dat 1 mln aan declaraties niet voor vergoeding in aanmerking komt, dan leidt een contractuele afspraak om dit door te trekken naar het geheel ertoe dat zonder verdere discussie 331/3 maal 1 mln niet wordt vergoed. Zo'n afspraak komt de afwikkeling van materiële controles zeer ten goede en prikkelt de zorgaanbieder declaraties goed te controleren alvorens die aan de zorgverzekeraar te sturen.

- Een goed werkend risicomangementsysteem (zie D1/2) laat rode lichten zien wanneer in het bijzonder de verbeteringen C2 (controleerbaarheid indicatie-interventiecombinaties), E1 (prikkel inbouwen om rechtmatige declaraties te verzekeren), E3 (discussie over C2 bij varices), E4 (bovenooglidcorrecties), D1/2 (capaciteit), B1 (duidelijke normen), B2 (beoordeling zorgactiviteiten met aanspraakbeperking), B4 (regels zorgverleners/zorgaanbieders in AO/IC met betrekking tot registratie en facturering), B5 (geen onderscheid tussen basis en aanvullende polis bij zorgverleners/zorgaanbieders) nog niet (adequaat) zijn geadresseerd. Dat kan vervolgens reden zijn om de controle te intensiveren. In de mate dat de controle aanscherping behoeft, heeft dat overigens weer gevolgen voor de bonus/malus-clausule (E1). In de mate dat de genoemde verbeterpunten zijn geïmplementeerd, heeft dat weer een gunstig effect op het niveau van de bonus/malus-clausule.

- Op korte termijn te implementeren.

- Algemeen toepasbare verbetering.

E2	Systeemprikkel de goede kant	- NZa/DBC-onderhoud monitoren onbedoelde prikkels in DOT en passen DOT hierop aan.	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars NZa en DBC-onderhoud
----	------------------------------	--	---

- Bij de NZa en DBC-Onderhoud staat het onderwerp onbedoelde systeemprikkel binnen de DOT productstructuur op de rol. In de doorontwikkelagenda DOT zegt de NZa hier het volgende over: "Vanzelfsprekend resteren er ondanks de voorziene verbeteringen ook binnen DOT risico's ten aanzien van de onbedoelde prikkels. Voor zorgverzekeraars ligt een belangrijke rol om op deze prikkels te sturen en waar mogelijk met (prijs)afspraken te mitigeren. Dit neemt niet weg dat er ook vanuit het publieke domein aandacht dient te zijn voor dit onderwerp, vanuit de werking van het systeem. De risico's zijn door DBC-O en NZa in beeld gebracht in een gezamenlijk sessie 'onbedoelde prikkels'. Daarnaast is tijdens de ontwikkeling van de productstructuur, het testen van de productstructuur door DBC-O en het simuleren van de registratieregels aandacht besteed aan de robuustheid van het systeem. DBC-O is per brief van april 2011 al verzocht om het gebruik van DOT zorgvuldig te monitoren, om zodoende mogelijk ongewenst gedrag in beeld te krijgen. De analyses kunnen in latere jaren in overleg met de NZa aanzetten tot aanpassingen in de productstructuur en/of aanscherping in de regelgeving." Systeemprikkel kunnen hierbij worden gedefinieerd als prikkels die voortvloeien uit de wijze waarop de DOT productstructuur is opgebouwd en zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen uitnodigen tot specifiek gedrag. Prikkels zijn onbedoeld wanneer ze leiden tot verslechtering van de betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Het gaat er hierbij om welke onbedoelde prikkels/risico's bestaan binnen DOT en welke mogelijkheden en belemmeringen worden ervaren om de onbedoelde prikkels te beperken? Onbedoelde prikkels in bekostigingssystematiek kunnen aanzetten tot fraude, ongepast gebruik, upcoding en slim ondernemen. Dat laatste hoeft niet onwenselijk te zijn, maar het kan wel. Hierbij is het belangrijk om op te merken dat elk systeem onbedoelde prikkels zal kennen en dat met de overgang van de oude DBC-systematiek naar DOT een aantal onbedoelde prikkels zijn gemitigeerd. Bovendien geldt dat de aanwezigheid van

onbedoelde prikkels géén legitimatie is om wet- en regelgeving niet na te leven en dus ook geen rechtvaardiging is voor fraude, ongepast gebruik en/of upcoding .

- Op langere termijn te implementeren, omdat eerst moet worden gewacht op de data.
- Algemeen toepasbare verbetering.

E3	Discussie over stadium C2 bij varices	- Normering toepassen - Controle intensiveren	CVZ Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars NZa
----	---------------------------------------	--	---

- Zie C1 (risicomanagementsysteem)/C2 (risicoanalyse); par. 8.1 indiceert dat er risico's zijn en dat er reden is de controle te intensiveren.

- Zie D1 (bonus/malus-clausule) .
- Op korte termijn te implementeren.
- Specifiek toepasbare verbetering.

E4	Klein aantal gevallen uitgezonderd vallen bovenooglid correcties buiten collectief verzekerd pakket; veel verzekerde gevallen	- Controle via leeftijdsbeoordelingen	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars
----	---	---------------------------------------	---

- Zie D1 (risicomanagementsysteem)/D2 (risicoanalyse); het % verzekerde zorg komt als zeer hoog voor gelet op het feit dat alleen aangeboren afwijkingen voor verzekerde zorg in aanmerking komen gelet op de leeftijdsverdeling van ooglidcorrecties.

- Zie E1 (bonus/malus-clausule).
- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

E5	Toezicht	- Indringender en vasthoudender toezicht	Toezichthouder
----	----------	--	----------------

- Indringender en vasthoudender toezicht (inclusief sancties bij overtredingen) heeft gevolgen voor alle ondertoezichtgestelden. Om het effect te versterken is samenwerking tussen de toezichthouders ieder op hun eigen terrein van groot belang. Door proactieve samenwerking wordt het totaaleffect van de inzet van toezichtinstrumenten (: DNB houdt toezicht op de integere bedrijfsvoering bij zorgverzekeraars en de NZa houdt toezicht op de rechtmatigheid van declaraties. Hiernaast ziet DNB toe op (de verbetering van de implementatie van) risicomanagementsystemen bij zorgverzekeraars, welke systemen weer kunnen bijdragen aan de bepaling van de rechtmatigheid van de declaraties) vergroot en daarmee wordt het doel waarvoor de wetgever die instrumenten heeft gegeven beter bereikt.

- Op korte termijn te implementeren (mede afhankelijk van inzet van cyclische instrumenten en in achtgenomen dat toezicht op onderdelen gefaseerd wordt uitgerold).
- Algemeen toepasbare verbetering.

18.7. De verbeteringen: voldoende capaciteit en samenwerking
Samenwerking tussen de partijen en voldoende capaciteit, tijd en aandacht voor controles zijn nodig om het systeem goed te laten functioneren.

F	Aandachtspunt	Verbetering	Wie betrokken
F1	Materiële controles	-Controles intensiveren -versterken uitvoering en capaciteit, ook van medische adviseurs - betere samenwerking tussen inkoop en controle	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars NZa

- Door een goede samenwerking kunnen capaciteit en kosten worden bespaard.

- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

F2	Periodieke risico-analyses op basis van betrouwbare gegevens	-prioriteren onderzoekscapaciteit voor periodieke risicoanalyses -resultaat geanonimiseerd transparant maken	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars DBCO/Vektis
----	--	--	--

- Voldoende onderzoekscapaciteit (softwaresystemen en data-analisten) vormt de basis voor elk risicobeheersysteem. Door bij risicoanalyses bovendien samen te werken tussen zorgaanbieders onderling en zorgverzekeraars onderling en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen wordt de kwaliteit van de analyses verbeterd.

- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

19. De invoering van verbeteringen

19.1. Invoering van verbeteringen: de prioriteiten

Doorvoering van het grootste deel van deze verbeteringen is een zaak van de marktpartijen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) zelf. De zorgverzekeraar zal immers – uiteindelijk voor de rechter – moeten kunnen beargumenteren waarom een declaratie wel of niet onder de basisverzekering is vergoed. Dat betekent onder andere dat zorgverzekeraars normen (zoals of zorg redelijkerwijs is aangewezen en of zorg volgens stand van de wetenschap en praktijk is) adequaat zullen moeten definiëren. Wanneer dat niet het geval mag worden aangenomen dat interne toezichthoudende instanties, de externe accountant en de toezichthouder actie zullen ondernemen om de controle(systemen) op de rechtmatigheid van declaraties te versterken. In de contracten die zorgverzekeraars met zorgaanbieders afsluiten kunnen zij hierover afspraken maken. Dat is het domein van de private partijen. Dit ligt anders waar het gaat om de correcte vaststelling van vereveningsbijdrage waar zorgverzekeraars recht op hebben. Deze bijdrage wordt gefinancierd uit het Zorgverzekeringsfonds. Om het recht op deze bijdrage te kunnen blijven garanderen is het wel noodzakelijk dat verbeteringen met betrekking tot de controle van de rechtmatigheid van declaraties, die de basis vormen voor de risicovereveningsbijdrage, worden doorgevoerd.

Het verdient zonder meer de voorkeur controle van de rechtmatigheid van declaraties zo vroeg mogelijk in het declaratieproces te laten plaatsvinden in casu bij de zorgverlener/zorgaanbieder. Zorgverleners/zorgaanbieders zitten bij de bron en worden niet zoals zorgverzekeraars met beperkingen in de informatie geconfronteerd, die de controle van de rechtmatigheid van declaraties bemoeilijkt. Om de rechtmatigheid van declaraties te kunnen garanderen dient bij zorgverleners/zorgaanbieders evenwel eerst een aantal verbeteringen te worden doorgevoerd. Voor de zorgverlener/zorgaanbieder zal dit pas op langere termijn mogelijk zijn. Dit betekent dat de volle controle van de rechtmatigheid van declaraties in plaats van steekproeven met betrekking tot de controle door zorgaanbieders feitelijk bij de zorgverzekeraars komt te liggen. In het systeem zoals dat op dit moment bestaat nemen zorgverzekeraars deze kosten van de controle voor hun rekening.

De aanwezigheid van een risicomanagementsysteem, het hebben van een bonus/malus-clausules en indringender en vasthoudender toezicht vormen de belangrijkste ingrediënten voor verbetering van de controle. Als risico's met betrekking tot de rechtmatigheid van declaraties via een risicomanagementsysteem worden benoemd, kan de controle zich vervolgens daarop richten. Door een bonus/malusregeling worden betrokkenen gestimuleerd om risico's met betrekking tot de controle van de rechtmatigheid van declaraties te minimaliseren. Via een bonus/malus regeling hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid controlekosten bij de zorgaanbieders – die voor de rechtmatigheid van de declaratie zouden moeten staan - in rekening te brengen. Hierdoor wordt

een robuustere controle, waarvan de toezichthouder ook voorstander is, mogelijk waardoor de kans op vergoeding van onrechtmatige declaraties afneemt. Als er minder geld uit het zorgsysteem weglekt heeft dat weer een gunstig effect op de premie en/of het collectief verzekerd pakket. De toezichthouder houdt er in dit kader toezicht op dat het systeem goed functioneert. Aan de versterking van risicomanagementsystemen door zorgverzekeraars wordt gewerkt. De NZa is met haar toezicht recent een nieuwe weg ingeslagen. De ontbrekende schakel is de bonus/malus-regeling. Invoering hiervan kan evenwel door de marktpartijen op korte termijn plaatsvinden. Het verdient dan ook aanbeveling aan de invoering van de bonus/malus-regeling bij voorrang aandacht te besteden.

Ten aanzien van de overige verbeteringen heeft het de voorkeur aan verbeteringen die algemeen toepasbaar (ongeacht de behandeling of aandoening) voorrang te geven boven specifiek toepasbare verbeteringen omdat hiermee de risico's (dat geld uit het zorgsysteem weglekt waardoor de premie stijgt en/of het collectief verzekerd pakket verslechtert) in de volle breedte worden verkleind. Gelet op de al versterkte adviezen van de beroepsorganisatie van accountants voor ziekenhuizen, Coziek, zal omzetting van die adviezen in een verbeterde AO/IC een stevig effect hebben op de controle van de rechtmatigheid van declaraties bij alle ziekenhuizen.

Ten slotte ligt het voor de hand de aandacht te richten op de gemakkelijk binnen te halen verbeteringen en pas in tweede instantie te kijken naar de verbeteringen waar stevige knelpunten kunnen worden vermoed. Het is minder zinvol de tanden stuk te bijten op verbeteringen waarvan kan worden vermoed dat oplossing ervan de nodige tijd en energie zal vergen, waar die er niet is. Zo zal het invoeren van een risicomanagementsysteem bij ziekenhuizen nog de nodige tijd vergen, wat er feitelijk toe leidt dat de basiscontrole ten aanzien van de controle van de rechtmatigheid van de declaraties aan de zorgverzekeraars wordt uitbesteed.

19.2. Invoering van verbeteringen: de verbeteringen implementeren

Zoals gezegd is doorvoering van het overgrote deel van de verbeteringen een zaak van de marktpartijen zelf, mits de rechtmatigheid van de declaraties op basis van concrete meetpunten is verzekerd. Datzelfde geldt voor de te hanteren mix van preventieve en repressieve maatregelen. Waar behoefte bestaat om met elkaar de verbetering uit te werken is de basisgedachte om de uitwerking per verbetering toe te wijzen aan een hoofdaannemer die samen met direct betrokkenen binnen een afgesproken planning de implementatie gestalte geeft.

Na coördinatie van de implementatieactiviteiten via de koepels door de projectgroep en overleg in de stuurgroep wordt de Tweede Kamer periodiek over de vorderingen bij de implementatie geïnformeerd.

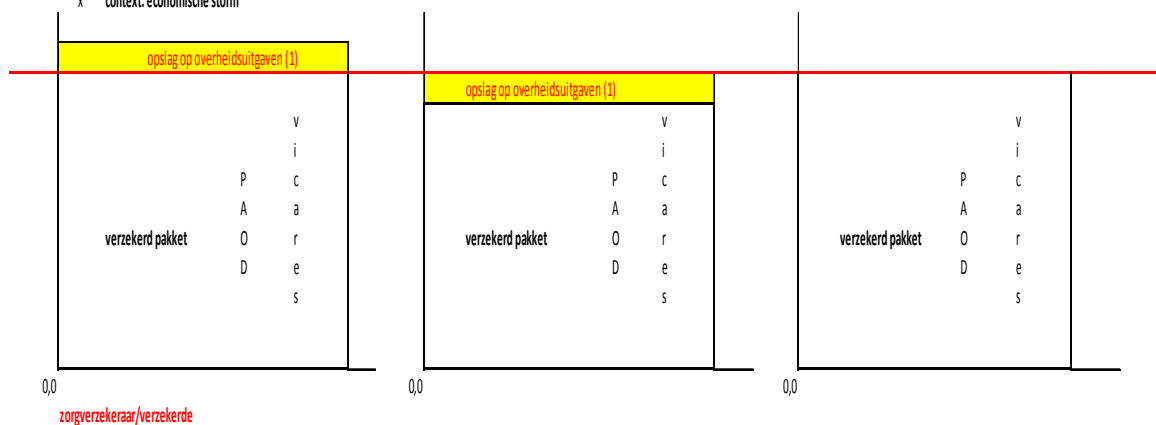
19.3. Invoering van verbeteringen: de verbeteringen monitoren [in te vullen door de projectgroep na de junivergadering van de stuurgroep]

Overheid

Niet houdbare uitgangssituatie:
 x groei zorguitgaven > groei BNP
 x overheidsbegroting onder druk
 x context: economische storm

Gevolgen bezuinigingen: x druk op (collectief) verzekerd pakket

slimmere controle x minder bezuinigingen
 x minder druk op verzekerd pakket
 x vermindering druk op eigen risico

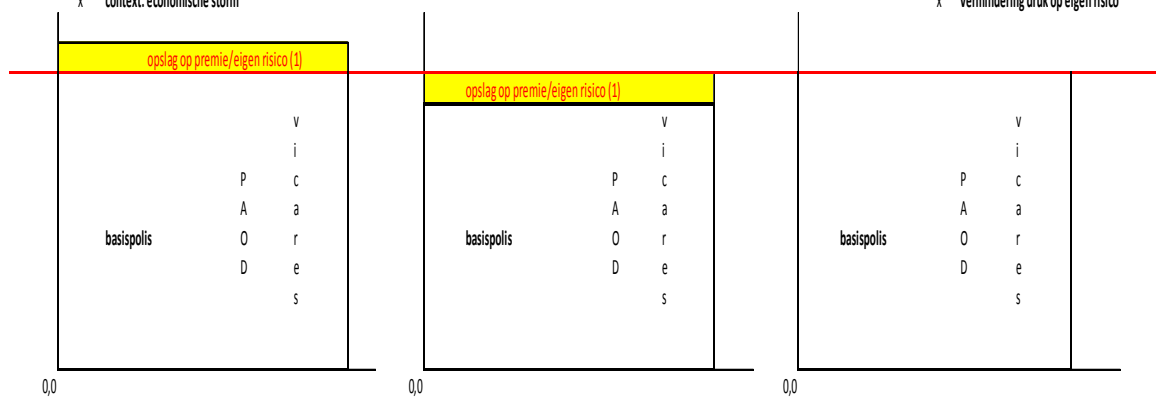


zorgverzekeraar/verzekerde

Niet houdbare uitgangssituatie:
 x groei zorguitgaven > groei BNP
 x overheidsbegroting onder druk
 x context: economische storm

Gevolgen bezuinigingen: x druk op basispolis

slimmere controle x beperking druk op uitgaven
 x beperking druk op premies
 x minder druk op basispolis
 x vermindering druk op eigen risico

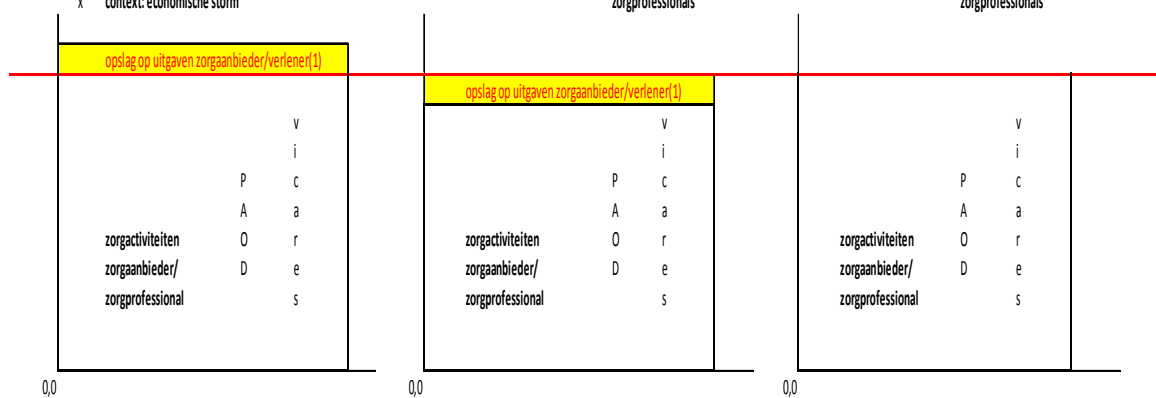


Zorgaanbieder

Niet houdbare uitgangssituatie:
 x groei zorguitgaven > groei BNP
 x overheidsbegroting onder druk
 x context: economische storm

Gevolgen bezuinigingen: x druk op zorgactiviteiten ziekenhuis
 x druk op vergoeding zorgprofessionals

slimmere controle x beperking druk op zorgactiviteiten ziekenhuis
 x beperking druk op vergoeding zorgprofessionals



(1) onrechtmatigheden zoals misbruik/oneigenlijk gebruik/niet ontdekte vergissingen

De projectgroep:

- CVZ: Maud van der Veen-Helder, Joost Enzing
- NVZ: Jan Plass
- NFU: Tom Dutilh, Stephan Helder
- ZKN: Marijn Lamers
- Orde: Hanna Toornstra
- DBC-onderhoud: Evelyn van Lochem, Joas Duister, Martine Barel, Joost Warner
- ZN: Henny Wijngaard (tot november 2011), Cyrille de Jong, Sacha Jacobs, Gerrit Salemink
- NZa: Wim Komrij, Remko Roos, Erik Langeveld, Cornelis-Jan Diepenveen
- WV's
 - o NVPC : Irene Mathijsen
 - o NVVH : Stefan Roskam
 - o NOG : Maarten Mourits
 - o NVDV: Tamar Nijsten
 - o NVvN: positie in beraad
 - o NOV: positie in beraad
 - o NVN: naam wordt doorgegeven
- VWS: Hetty Dokter, Marcel Amelung, Joeb Rietrae (voorzitter)

De stuurgroep:

- CVZ: Bert Boer
- NVZ: Margot van der Starre
- NFU: Ronald Bik
- ZKN: Jak Dekker
- Orde: Bart Heesen
- DBC-onderhoud: Ctrit van Ewijk
- ZN: Pieter Hasekamp/Theo Hoppenbrouwers
- NZa: Eitel Homan
- VWS: Leon Van Halder (voorzitter)