

DSW

Plan van aanpak Controleplan en risicoanalyse

Formele en materiële controles 2015



Inhoud

1.	Inleiding	3
1.1	Algemeen	3
1.2	Leeswijzer	3
2.	Wettelijk kader controles en controlemethoden	3
2.1	Inleiding	3
2.2	Verplichting controle op daadwerkelijke levering	3
2.3	Uitvoeren algemene risicoanalyse en vaststellen algemeen controleplan	4
2.4	Verstrekken persoons- en gezondheidsgegevens	4
2.5	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	4
3.	Uitvoering controles DSW	5
3.1	Soorten controles	5
3.2	Uitvoeren algemene risicoanalyse	5
3.3	Vaststellen Algemeen controleplan	8
3.4	Uitvoeren Specifieke risicoanalyse	8
3.5	Vaststellen specifiek controleplan	9
3.6	Uitvoeren formele en materiële controles	10
3.7	Inzet detailcontrole	11
3.8	Bepalen gevolgen van controle-uitkomsten	11
3.9	Foutenevaluatie	12
4.	Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden	13
5.	Samenvatting onderzoeken	14
Bijlagen		20
Bijlage 1	Schematisch overzicht materiële controle	20

1. Inleiding

De zorguitgaven stijgen landelijk al jaren explosief dankzij verschillende ontwikkelingen zoals vergrijzing, medisch-technologische ontwikkelingen, hogere kwaliteitseisen van patiënten en het niet langer dodelijk zijn van bepaalde ziekten waardoor meer chronisch zieken ontstaan. De overheid zoekt naar manieren om de zorgkosten in bedwang te houden en wil hiervoor zelfs aan de vrije artsenuitvoering voor de patiënt tornen. De vrije keuze van de patiënt vormt echter de basis voor het zorgstelsel.

In de visie van DSW is de belangrijkste voorwaarde voor het betaalbaar houden van zorg het tegengaan van ondoelmatige zorg en onrechtmatige declaraties. Voor ondoelmatige zorg en onrechtmatige declaraties geldt zonder de afschaffing van de vrije artsenuitvoering ook geen vergoeding, waardoor bij goede formele en materiële controle het afschaffen van de vrije artsenuitvoering helemaal niet nodig is. DSW vervult daarom al jaren een voortrekkersrol op het gebied van controles.

1.1 Algemeen

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt dat een zorgverzekeraar alleen prestaties mag vergoeden die daadwerkelijk geleverd zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft daartoe formele en materiële controle verplicht gesteld in het kader van de verevening. Op grond van wet- en regelgeving (met name art. 7.6, leden 1 en 2, Regeling Zorgverzekering) is DSW Zorgverzekeraar en Stad Holland Zorgverzekeraar (hierna te noemen DSW) gehouden om voorafgaand aan formele en materiële controles een algemeen controleplan op te stellen. De gehanteerde nauwkeurigheidseis (tolerantie) voor een goedkeuring van de accountant is 97%. Om aan deze nauwkeurigheidstolerantie te kunnen voldoen is het van belang de formele en materiële controles op gestructureerde wijze vorm te geven. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft hiertoe een protocol met de uitgangspunten voor de uitvoering van materiële controles opgesteld.

DSW hanteert het protocol van ZN als uitgangspunt en heeft dit verder uitgewerkt in dit document. Hierin worden zowel de objecten van materiële controle als de in te zetten algemene controle-instrumenten beschreven. Het richt zich ook op de vraag hoe de zorgverzekeraar onderzoek gaat doen, wanneer hij detailcontrole moet uitvoeren en geeft informatie over de relevante wet- en regelgeving.

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de wettelijke kaders als basis voor het controleplan en de risicoanalyse uiteengezet. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens ingegaan op de uitvoering van controles en het bijbehorende stappenplan. Hoofdstuk 4 beschrijft ten slotte de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden rondom de uitvoering van controles.

2. Wettelijk kader controles en controlemethoden

2.1 Inleiding

In dit Hoofdstuk worden de relevante wet- en regelgeving besproken in relatie tot het controleren op daadwerkelijke levering en het verstrekken van persoons- en gezondheidsgegevens. De meest relevante wetten zijn de Regeling Zorgverzekering, Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Tot slot wordt de rol van de NZa besproken die er op toeziet of zorgverzekeraars de Zvw rechtmatig uitvoeren.

2.2 Verplichting controle op daadwerkelijke levering

Artikel 35 Wmg verbiedt zorgverzekeraar een tarief te betalen of aan derden te vergoeden als:

- dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie op grond van artikel 50 is vastgesteld;
- dat niet ligt binnen de tariefruimte die op grond van artikel 50 voor de betrokken prestatie is vastgesteld;
- voor een prestatie geen prestatiebeschrijving op grond van artikel 50 is vastgesteld;
- voor een prestatie waarvoor een andere prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan op grond van artikel 50 is vastgesteld.

Uit bovenstaande wettekst volgt dat een zorgverzekeraar alleen mag betalen als de gedeclareerde prestatie ook daadwerkelijk geleverd is. Hiertoe worden formele en materiële controles uitgevoerd.

2.3 Uitvoeren algemene risicoanalyse en vaststellen algemeen controleplan

Conform artikel 7.6 van de Regeling zorgverzekering voert DSW een algemene risicoanalyse uit en stelt een algemeen controleplan vast op basis van gegevens waarover deze in verband met de uitvoering van de zorgverzekering beschikt. Het naar aanleiding van de algemene risicoanalyse opgestelde algemene controleplan voorziet niet in de inzet van het controle-instrument detailcontrole. Detailcontrole kan alleen worden uitgevoerd als er van een ander dan de zorgverzekeraar afkomstige of uit de uitgevoerde controle voortvloeiende aanwijzingen zijn waaruit blijkt dat er sprake is van onvoldoende zekerheid.

2.4 Verstrekken persoons- en gezondheidsgegevens

DSW mag gebruik maken van persoonsgegevens die DSW in het kader van declaratieverkeer reeds ontvangen heeft. In Artikel 87 lid 2 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) staat beschreven dat een zorgaanbieder die aan een verzekerde zorg of andere diensten, heeft verleend overeenkomstig artikel 11 van de Zvw, DSW de persoonsgegevens verstrekt, die voor de zorgverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Zvw. Hieronder vallen ook persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens.

In artikel 7.1 van de regeling zorgverzekering wordt daarnaast uiteengezet dat bovengenoemde gegevens door de zorgverzekeraar gebruikt mogen worden voor het verrichten van formele dan wel materiële controles.

De zorgverzekeraar mag volgens artikel 7.5 verzekerden met gebruikmaking van persoonsgegevens waarover hij in verband met de uitvoering van de zorgverzekering reeds beschikt enquêteformulieren zenden om onderzoek te doen of de in rekening gebrachte zorg daadwerkelijk is verleend, of naar de door die verzekerden ervaren kwaliteit van de verzekerde zorg die een zorgaanbieder verleent of heeft verleend. Wanneer het voor uitvoering van de controle noodzakelijk is om meer informatie op te vragen dan is de zorgaanbieder volgens artikel 7.4 van de Regeling Zorgverzekering verplicht zijn medewerking te verlenen aan de materiële controle.

De zorgaanbieder is op grond van artikel 87 Zvw, ondanks het beroepsgeheim, verplicht om de noodzakelijke persoons- en gezondheidsgegevens aan de zorgverzekeraar te verstrekken. De zorgverzekeraar is verplicht tot geheimhouding. Zowel voor de materiële controle als de detailcontrole is geen toestemming vereist van verzekerden. Het gebruikmaken van persoonsgegevens gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de adviserend geneeskundige.

2.5 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa is volgens artikel 16 van de Wmg belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld.

De zorgautoriteit maakt, onverminderd haar bevoegdheid tot eigen onderzoek, bij de uitoefening van haar taken, zoals genoemd in artikel 16 zoveel mogelijk gebruik van de resultaten van door anderen verrichte controles. DSW verstrekt desgevraagd aan de zorgautoriteit informatie over de uitgevoerde werkzaamheden en licht haar volledig in over de resultaten van de controle door overlegging van rapporten of op andere door de zorgautoriteit aan te geven wijze.

Zoals gesteld in artikel 83 van de Wmg kan de NZa een zorgverzekeraar die niet aan het bij of krachtens de Zorgverzekeringswet geregelde voldoet, een last onder dwangsom opleggen.

Een van de door de NZa uitgevoerde onderzoeken naar rechtmatige uitvoering van de zorgverzekeringswet door zorgverzekeraars is het jaarlijks onderzoek naar de juistheid van de vereveningsopgaven die zorgverzekeraars indienen. In de jaarstaat Zvw, onderdeel A, zijn onder meer de kosten per prestatie opgenomen. De jaarstaat is voorzien van een accountantsverklaring. Voor het afgeven van de verklaring moet de externe accountant van de zorgverzekeraar een juistheidsonderzoek met een betrouwbaarheid van 95% en een tolerantie 97% nauwkeurigheid doen.

3. Uitvoering controles DSW

3.1 Soorten controles

Controles zijn zowel op de basisverzekering als de aanvullende verzekering van toepassing.

Controles zijn te onderscheiden in formele en materiële controles. Volgens de Regeling Zorgverzekeringwet zijn de verschillen daartussen de volgende:

1. formele controle:

een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:

- 1°. een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;
- 2°. een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon,
- 3°. een prestatie betreft, tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, en
- 4°. het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen.

2. materiële controle:

een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

Het uitvoeren van formele en materiële controles kent naast het opsporen van ondoelmatigheden en onrechtmatigheden de volgende doelstellingen:

- Vaststellen of vergoede prestaties daadwerkelijk geleverd zijn;
- Monitoren van trends en ontwikkelingen;
- Signaleren mogelijke hiaten wet- en regelgeving en huidige beleid zodat zorginkoopbeleid en/of polisvoorwaarden hierop kunnen worden aangepast;
- Beheersen zorgkosten;
- Signaleren van onrechtmatigheden/fraude.

Bij de uitvoering van de materiële controle volgt DSW het stappenplan van Zorgverzekeraars Nederland (zie [Bijlage 1](#)). Zie voor de uitvoering van deze controles ook [hoofdstuk 3.6](#).

3.2 Uitvoeren algemene risicoanalyse

De algemene risicoanalyse is de basis voor het algemene controleplan. De aanpak van risicoanalyse ten behoeve van controles omvat het stapsgewijs definiëren van verschillende type risico's alsmede hun impact.

Allereerst worden de interne en externe risico's beschreven. De afdeling Zorg (die eveneens verantwoordelijk is voor de inkoop) is hiervoor verantwoordelijk, maar maakt bij het opstellen van de algemene risicoanalyse gebruik van de expertise van haar data-analisten en van verschillende afdelingen. Onder andere de afdelingen Bijzonder onderzoek, Declaraties en ICT zijn hierbij nauw betrokken.

Het uitvoeren van de algemene risicoanalyse bestaat uit drie onderdelen, te weten:

Stap 1: In kaart brengen interne en externe risico's

Externe risico's zijn externe factoren die de realisatie van de doelstellingen van DSW kunnen beïnvloeden. Deze risico's hebben voornamelijk te maken met het declaratiegedrag van zorgverleners en verzekerden.

Interne risico's zijn interne factoren die de realisatie van de doelstellingen van DSW kunnen beïnvloeden. Hierbij moet men denken aan gebreken in informatiesystemen en processen bijvoorbeeld bij het verwerken van declaraties.

Externe risico's worden vastgesteld in samenwerking tussen de afdelingen Zorg (accounts, medische adviseurs, analisten), Declaraties en Bijzonder Onderzoek.

Interne risico's worden voornamelijk vastgesteld in samenwerking tussen de afdelingen ICT, Declaraties, Personeelszaken en Zorg (informatiemanagement, accounts).

Algemene externe risico's

Bij het in kaart brengen van algemene externe risico's gaat DSW uit van het doel van materiële controles, namelijk het verwerven van voldoende zekerheid dat sprake is van rechtmatigheid en doelmatigheid van de gedeclareerde zorg. De hiermee verbonden algemene risico's zijn:

- Het declareren van onrechtmatig verleende zorg;
- Het declareren van ondoelmatig verleende zorg;
- Het niet naleven van contractuele afspraken.

Gepast gebruik van zorg is de laatste jaren een aandachtspunt bij NZa. Het gaat hier om een aparte vorm van doelmatige zorg, namelijk of de gedeclareerde zorg voldoet aan de aanvullende wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het feit, of en, zo ja, onder welke voorwaarden en wanneer een bepaalde zorg onder de verzekering valt. DSW onderscheidt daarom ongepast gebruik van zorg van algemene niet-doelmatige zorg en beschouwt dit als een afzonderlijk algemeen risico. Waar ook het risico van onrechtmatigheid aanwezig is, doen wij in het kader van gepast gebruik aanvullend onderzoek naar rechtmatigheid van zorg. De algemene risico's zijn voor alle verstrekkingen dezelfde en vormen de basis voor het definiëren van specifieke risico's binnen verstrekkingen.

Algemene interne risico's

Bij het in kaart brengen van algemene interne risico's gaat DSW uit van het doel van formele controles, namelijk het verwerven van voldoende zekerheid dat de informatie juist verwerkt wordt. De hiermee verbonden algemene risico's zijn:

- Het niet juist verwerken van informatie door ICT-systemen;
- Het niet juist verwerken van informatie door medewerkers van DSW.

Stap 2: In kaart brengen interne beheersmaatregelen

Op basis van de interne en externe risico's wordt bekeken welke interne beheersmaatregelen zijn genomen om deze risico's af te dichten.

Interne beheersmaatregelen met betrekking tot externe risico's bestaan onder andere uit systeemcontroles die op basis van query's geheel door het systeem worden uitgevoerd.

Beheersmaatregelen met betrekking tot interne risico's omvatten o.a. het vaststellen van kwaliteitsbeleid voor ICT dat de accountant toetst door middel van een financiële audit en van beleid ten aanzien van de integriteit van medewerkers, dat o.a. getoetst wordt aan de hand van een verklaring omtrent gedrag.

Stap 3: In kaart brengen niet geaccepteerde risico's

Vervolgens wordt bekeken welke risico's DSW zou kunnen accepteren. De focus ligt hierbij op de externe risico's aangezien DSW hier minder beheersmaatregelen kan inzetten. Op basis van de normen die de NZa stelt ten aanzien van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid en op basis van financiële belangen wordt definitief vastgesteld welke risico's geaccepteerd worden.

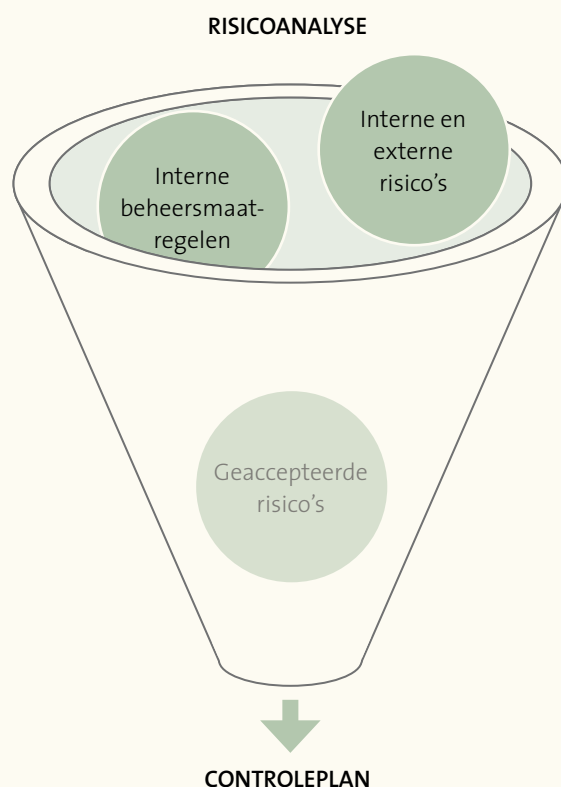
Om een beeld te krijgen van de impact van elk type algemene risico per verstrekking is een analyse uitgevoerd van de hierboven gedefinieerde risico's. Daarbij worden de kansen van het risico voor de verstrekking geschat evenals de kans van het opsporen daarvan. De schatting wordt mede gebaseerd op de kennis van deskundigen bij DSW (managers Zorg Cure en Declaraties, zorginkopers Cure). Vervolgens wordt er rekening gehouden met de grootte van de totale schadelast en de schadelast per meeteenheid (declaratieregel) van de verstrekking. Op basis hiervan wordt definitief bepaald welke risico's geaccepteerd worden en welke niet geaccepteerd worden. Het proces van algemene risicoanalyse is weergegeven in Figuur 1.



Figuur 1 - uitvoeringsstappen van algemene risicoanalyse: externe risico's

Als resultaat vloeit hieruit een advies per verstrekking van het algemene risico voort, dat wordt meegenomen bij het opstellen van het controleplan.

De drie stappen van de risicoanalyse worden weergegeven in Figuur 2.



Figuur 2 - trechtermodel van risicoanalyse tot algemeen controleplan

3.3 Vaststellen Algemeen controleplan

Op basis van de algemene risicoanalyse wordt het algemeen controleplan vastgesteld. Het algemeen controleplan geeft per verstrekking aan waar in de specifieke risicoanalyse verder op ingezoomd moet worden en vormt daarmee de input voor de specifieke risicoanalyse per verstrekking.

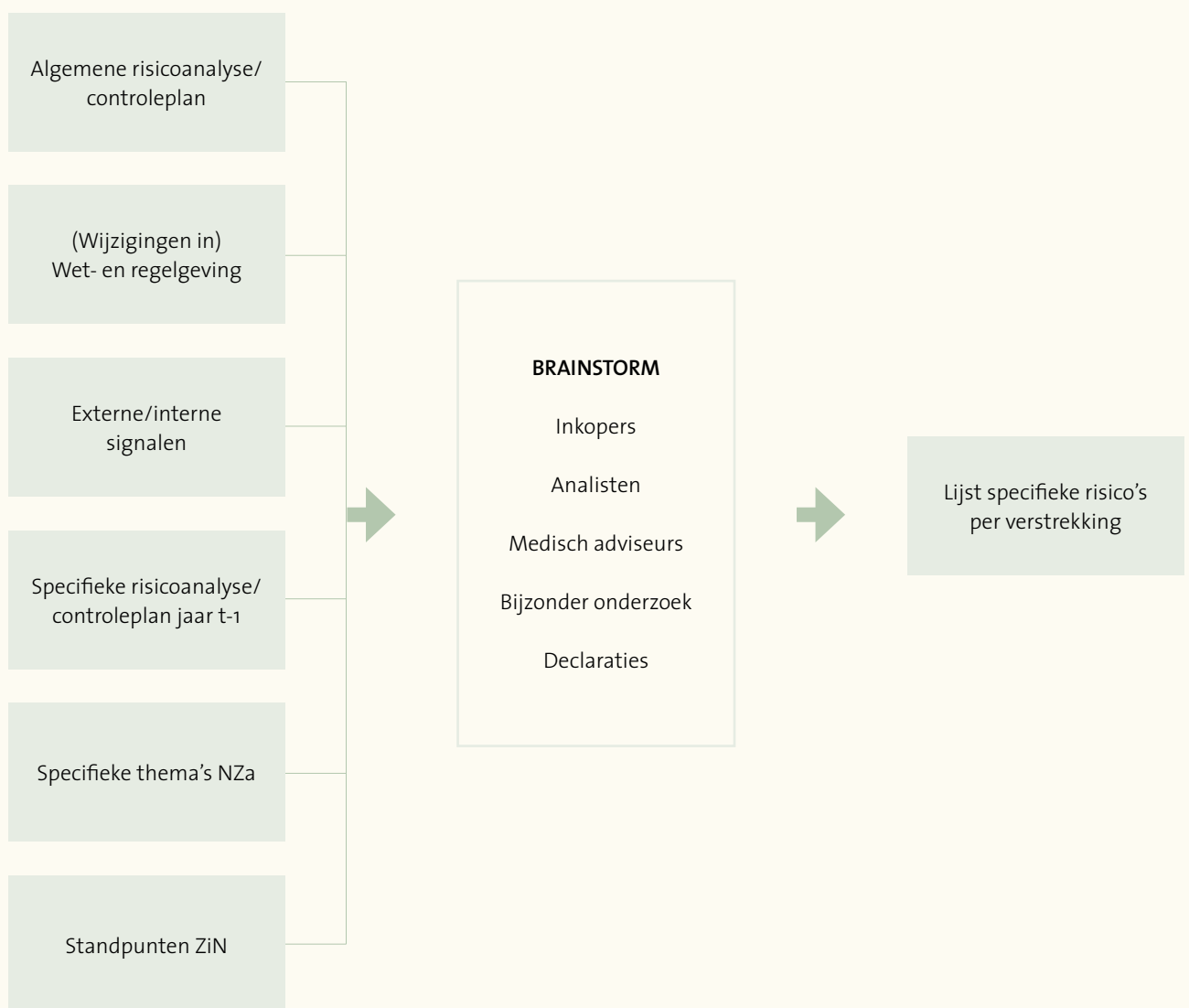
3.4 Uitvoeren Specifieke risicoanalyse

Net als bij de algemene risicoanalyse wordt ook de specifieke risicoanalyse in 3 stappen uitgevoerd:

Stap 1: In kaart brengen risico's

Om de risico's in kaart te brengen worden in een brainstormbijeenkomst met zorginkopers, medisch adviseurs, analisten en de specialisten van de afdelingen Declaraties en Bijzonder onderzoek zoveel mogelijk specifieke risico's benoemd.

Zoals weergegeven in Figuur 3 vormen meerdere bronnen de input voor het in kaart brengen van de specifieke risico's.



Figuur 3 - in kaart brengen specifieke risico's

Stap 2: In kaart brengen interne beheersmaatregelen

Bij alle specifieke risico's wordt bekeken of er al een interne beheersmaatregel is en zo niet of het risico alsnog door bijvoorbeeld een systeemcontrole kan worden afgedekt.

Stap 3: In kaart brengen niet geaccepteerde risico's

Voor de risico's die nog niet worden afgedekt door beheersmaatregelen wordt vergelijkbaar met de algemene risicoanalyse de inschatting gemaakt hoe groot de impact van het risico is. Hieruit volgt per risico een score. Risico's met een hoge score worden opgenomen in het specifieke controleplan. Risico's met een lage score worden beoordeeld door de manager Cure. Geaccepteerde risico's worden niet opgenomen in het specifieke controleplan. De lijst van geïdentificeerde niet geaccepteerde specifieke risico's vormt vervolgens de basis voor de risicomatrix per verstrekking.

Omdat niet alle specifieke risico's in het begin van het jaar ter definiëren zijn, kunnen deze in de loop van het jaar aangepast of aangevuld worden. Daartoe maakt DSW voor verschillende verstrekkingen gebruik van monitoring (o.a. spiegelinformatie). Daaruit vloeien uitschieters voort, waarvan de redenen worden onderzocht. Indien nodig worden de gevonden extra risico's c.q. de extra controles in het al opgestelde plan opgenomen.

Om het gevaar af te dekken dat bij het opstellen van de risicoanalyse risico's over het hoofd worden gezien, wordt gebruik gemaakt van Datamining. Dit zijn verschillende statistische technieken gericht op het vinden van schijnbaar onzichtbare verbanden in big data. Voor dit doel gebruiken wij een versie van Datamining zonder vooraf gedefinieerde bedrijfsregels door middel van onder andere het afzetten van diverse zorgverleners op meerdere kenmerken tegen elkaar en tegen DSW-gemiddelden. De uitschieters (bijvoorbeeld zorgverleners met hoge kosten maar niet afwijkende andere kenmerken) worden vervolgens onder de loep genomen. Voorbeelden van datamining zijn verschillende vormen van benchmarking (voor intern gebruik of communicatie naar zorgverleners zoals spiegelinformatie) of verbandcontroles over de verschillende verstrekkingen heen.

3.5 Vaststellen specifiek controleplan

Nadat specifieke risico's per verstrekking in kaart zijn gebracht, vindt de vertaalslag plaats naar controles en controlekenmerken, zoals:

- **Controledoel:** het verwerven van voldoende zekerheid dat sprake is van rechtmatigheid en doelmatigheid van de gedeclareerde zorg. DSW wil 'voldoende zekerheid' hebben dat de relatie 'verzekerde prestatie - geleverde prestatie - in rekening gebrachte tarief - te betalen/vergoeden bedrag' er is. Bovendien wil DSW vaststellen dat de geleverde prestatie het meest aangewezen, dus doelmatig is. Hiervoor wordt de geldende norm, de soll-positie bepaald.
- **Populatie:** in welke populatie van verzekerden is het risico aanwezig? Hoe groot is deze populatie en wat is de meeteenheid?
- **Periode:** welke periode valt onder controle? In het verslagjaar is waar mogelijk controle uitgevoerd van schadelast in jaar t-1 of jaar t. Voor verstrekkingen met grote vertraging in het declareren (voornamelijk MSZ en GGZ) is de controle toegepast op het laatst volledig uitgedeclareerd jaar (meestal jaar t-2). Daar komt bij, dat sommige specifieke controles van bijvoorbeeld de gevolgen van nieuwe regelgeving afhankelijk zijn van het moment van het inwerkingtreden daarvan met als gevolg een andere controleperiode dan jaar t.
- **Vorm van controle:** als populatiecontrole mogelijk is, wordt dit uitgevoerd middels een SAS rapportage en vervolganalyse van gegevens op populatieniveau. Als populatiecontrole niet mogelijk is, wordt meestal voor stapsgewijze analyse gekozen: vooronderzoek op basis van populatiegegevens om uitschieters aan te wijzen en vervolgonderzoek in de vorm van steekproefcontrole van de uitschieters. Op deze manier is de kans groter, dat - als er sprake is van aanwezigheid van te controleren risico in de populatie - de steekproef de "verdachte" meeteenheden bevat. Bij controles in de vorm van steekproeven wordt de grootte van de steekproef vooraf bepaald, rekening houdend met 95% betrouwbaarheid en 97% nauwkeurigheid. Vervolgens wordt de benodigde personele capaciteit (bijvoorbeeld adviserende verpleegkundigen en/of medisch adviseurs) gereserveerd om bijvoorbeeld dossiercontrole uit te voeren.
- **Bevindingen:** als er geen bevindingen zijn dan is een specifiek risico niet aanwezig (althans niet ontdekt) in de te controleren populatie. Als er wel bevindingen zijn en het onjuist gedeclareerde bedrag wordt vastgesteld c.q. geschat, volgt herberekening van de impact van het risico. Risico's die twee jaar achter elkaar een zeer kleine impact hebben worden in het vervolg niet meer gecontroleerd.

Het vertaalproces van specifieke risico's naar controles is weergegeven in Figuur 4.



Figuur 4 - vertaalproces van specifieke risico's naar controles bij DSW

Het resultaat van deze stap is een specifiek controleplan per verstrekking met de lijst van algemene en specifieke risico's, bijhorende controles en per controle een analyseplan. Nadat controle uitgevoerd is wordt deze matrix aangevuld met de bevindingen en waar mogelijk met de achteraf berekende impact van het risico.

Wanneer tussentijds blijkt dat op basis van signalen, klachten, wijzigingen wet- en regelgeving etc. de risico's wijzigen, wordt het specifieke controleplan opnieuw geëvalueerd. Dit kan betekenen dat controles worden toegevoegd of komen te vervallen. Dit wordt dan adequaat onderbouwd.

3.6 Uitvoeren formele en materiële controles

Het plan van aanpak controleplan en risicoanalyse vormt de basis voor de uitvoering van de controles ter bereiking van het controledoel. Controles worden zoveel als mogelijk uitgevoerd over het verantwoordingsjaar. Kanttekening hierbij is dat declaraties in DBC's/DOT vaak laat beschikbaar komen en alleen effectief gecontroleerd kan worden als er voldoende "massa" beschikbaar is.

Bij het uitvoeren van de formele en materiële controles worden de volgende controlemiddelen gebruikt:

- Beoordelen AO/IC, accountantsverklaring en bestuursverklaring zorgaanbieder;
- Uitvoeren bestandsanalyses;
- Benchmarking/spiegelinformatie;
- Uitvoeren cijferanalyse;
- Analyseren Jaarrekeningen;
- Detailcontrole zonder inzage medisch dossier;
- Detailcontrole met inzage medisch dossier.

Bij het opstellen van het specifieke controleplan wordt een soll-positie vastgesteld (de geldende norm) vervolgens wordt gecontroleerd om de ist-positie (werkelijkheid op moment van controle) vast te kunnen stellen. DSW neemt de vereiste proportionaliteit en subsidiariteit in acht bij het uitvoeren van controles. Dit betekent, dat DSW geen zwaarder middel inzet, als dat niet nodig is om het controledoel te bereiken (proportionaliteit), en dat de verwerking van de persoonsgegevens is toegestaan als het controledoel alleen op deze wijze kan worden bereikt (subsidiariteit). Als door het inzetten van het minst ingrijpende instrument het op voorhand gestelde controledoel niet is gerealiseerd of niet gerealiseerd kan worden, mag een zwaarder instrument ingezet worden door de verzekeraar (zie hiervoor ook stap 5 en verder in [Bijlage 1](#)).

3.7 Inzet detailcontrole

Het zwaarste middel dat DSW kan inzetten is de detailcontrole. DSW kondigt de detailcontrole voorafgaand aan de daadwerkelijke controle aan bij de zorgaanbieder (zie stap 6 in [Bijlage 1](#)), waarbij worden gemeld:

- de aanleiding en het doel van de controle;
- de wijze waarop de controle zal plaatsvinden;
- binnen welke termijn de bevindingen kenbaar zullen worden gemaakt (conform het specifiek controleplan) en wat de mogelijke gevolgen zijn;
- Indien nodig de ontbrekende informatie die de zorgverlener dient aan te leveren (zie stap 7 in [Bijlage 1](#)).

Indien de omstandigheden daartoe aanleiding geven en indien dat voor de aard van het onderzoek van belang is, kan een controle zonder aankondiging plaatsvinden.

Er zijn twee vormen van detailcontroles:

1. Detailcontrole zonder inzage in het inhoudelijk medisch dossier bij zorgaanbieder (zie stap 8 in [Bijlage 1](#))

Bij dit instrument wordt gebruikgemaakt van persoonsgegevens waarover DSW niet zelf beschikt. Tot deze detailcontrole worden de volgende activiteiten gerekend:

- het opvragen van informatie bij de zorgaanbieder; bijvoorbeeld verklaring voor afwijkende kengetallen;
- het opvragen van administratieve gegevens;
- het controleren van de afspraken van de verzekerde in het (elektronische) systeem van de zorgaanbieder;
- informatie van verzekerde over zorgaanbieder.

2. Detailcontrole met inzage in het inhoudelijke medisch dossier bij zorgaanbieder (zie stap 9 in [Bijlage 1](#))

Indien het controledoel niet kan worden bereikt zonder het inzien van het medisch dossier moet een zorgaanbieder DSW conform het specifiek controleplan inzage daarin verstrekken. Dat kan in individuele gevallen en steekproefsgewijs plaatsvinden.

Elke detailcontrole vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een adviserend geneeskundige.

DSW zal de zorgaanbieder informeren omtrent de uitkomst van de detailcontrole.

In het kader van hoor en wederhoor wordt de zorgaanbieder in de gelegenheid gesteld binnen drie weken op de uitkomst van de detailcontrole te reageren. Op basis van de reactie van de zorgaanbieder stelt DSW de definitieve uitkomst van de controle vast en bericht deze samen met de gevolgen van de controle-uitkomsten (zie stap 10 en 11 in [Bijlage 1](#)) aan de zorgaanbieder.

3.8 Bepalen gevolgen van controle-uitkomsten

Indien bij een controle tekortkomingen zijn vastgesteld, worden de gevolgen daarvan bepaald. Daarbij staat uiteraard het belang van de verzekerde centraal. De gevolgen kunnen zeer divers zijn en bijvoorbeeld uitmonden in een:

- (werk)afpraak;
- aanpassing of beëindiging overeenkomst;
- terugvordering;
- melding bij Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars;
- aangifte bij justitie.

In het geval van een terugvordering is DSW gerechtigd op grond van de uitgevoerde controle de ten onrechte gedeclareerde en/of betaalde bedragen terug te vorderen en de uitkomsten van de controle te extrapoleren naar de niet in de controle betrokken declaraties. De beslissing tot terugvordering wordt op schrift gesteld en aan de Zorgaanbieder toegezonden. DSW is eveneens bevoegd het verschuldigde bedrag te verrekenen met nog niet afgewikkelde declaraties van de Zorgaanbieder.

3.9 Foutenevaluatie

Aan het begin van jaar $t+1$ wordt bekeken of de controles uit jaar t zijn afgerond en het controledoel is behaald of dat de controle zal doorlopen in jaar $t+1$. Voor de controles die vanuit jaar t doorlopen in jaar $t+1$ en de controles die worden opgenomen in het algemene controleplan van jaar $t+1$ over schadejaren $t-2$ t/m t wordt een foutentabel opgesteld. In de foutentabel wordt weergegeven welke onzekerheden er nog zijn over de jaren $t-2$ t/m t . Onzekerheden zijn declaraties waarvan nog niet definitief is vastgesteld dat een terechte uitbetaling is gedaan aan een zorgaanbieder, maar waar wel een risico aanwezig is dat er onterecht uitbetaald is.

4. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

De formele en materiële controles worden uitgevoerd door de afdeling Zorg, waarbinnen een functionele eenheid is ingericht. Deze functionele eenheid bestaat uit deskundige medewerkers die voor specifieke doeleinden en onder verantwoordelijkheid van de adviserende geneeskundige betrokken zijn bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid (Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, art. 1.11). De adviserende geneeskundige heeft vanuit zijn professie geheimhoudingsplicht. De medewerkers in de functionele eenheid hebben een afgeleide geheimhoudingsplicht.

Er zijn 7 controlecoördinatoren die ieder verantwoordelijk zijn voor verschillende verstrekkingen. Indien nodig vraagt de controlecoördinator extra ondersteuning van de afdeling analisten bij het uitvoeren van statistische analyses.

De controlecoördinatoren zijn dusdanig gekozen dat er sprake is van voldoende functiescheiding tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles.

De Adviserend Geneeskundigen spelen een belangrijke rol binnen het uitvoeren van de controles. Enerzijds vanwege het onafhankelijke advies gedurende de materiële controles. Anderzijds dragen zij de verantwoordelijkheid inzake de omgang met gegevens met betrekking tot iemands gezondheid bij de uitvoering van detailcontroles.

Daarnaast speelt de afdeling bijzonder onderzoek een belangrijke rol. Indien logica en verbandcontroles of externe signalen leiden tot een verdenking op fraude wordt de afdeling bijzonder onderzoek ingeschakeld. De afdeling bijzonder onderzoek is een onafhankelijke afdeling binnen DSW en hanteert het fraudeprotocol van het verbond van verzekeraars.

Het management wordt periodiek geïnformeerd over de opzet, voortgang, de resultaten en de vervolgacties van de materiële controles.

De afdeling Interne Controle (IC) bewaakt het gehele proces en ziet er op toe dat de controles op de juiste manier worden uitgevoerd. Zie hiervoor ook Figuur 5



Figuur 5 - organogram

5. Samenvatting onderzoeken

Onderstaande risico's hebben prioriteit voor 2015 en zijn opgenomen in de specifieke controleplannen.

Verklaring gebruikte afkortingen:

GGZ	-	Geestelijke gezondheidszorg
GRZ	-	Geriatrische revalidatiezorg
HA	-	Huisartsenzorg
HM	-	Hulpmiddelen
KZ	-	Kraamzorg
MSZ	-	Medisch specialistische zorg
MZ	-	Mondzorg
PARAM	-	Paramedie
VERL	-	Verloskunde
VERV	-	Vervoer
WKVPL	-	Wijkverpleging
ZG	-	Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Verstrekking	Omschrijving risico
GGZ	Vergoeding van zorg waar geen geldige verwijzing voor was.
GGZ	Vergoeding van zorg waarbij de (hoofd)behandelaar niet voldoet aan geldende kwalificatie-eisen/of eisen t.a.v. betrokkenheid bij de behandeling
GGZ	Onjuiste registratie: De openingsdatum van een initiële DBC is niet gelijk aan de datum waarop de eerste patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.
GGZ	Onjuist tarief in rekening gebracht indien geregistreerde minuten niet vallen binnen de voor de productgroep geldende minutencategorie
GGZ	Onrechtmatige/ondoelmatige vergoeding van zorg vanwege 'upcoding'.
GGZ	Ondoelmatigheid: Indien er gemiddeld meer dan 50% indirecte tijd wordt geregistreerd kan dit een indicatie zijn van ondoelmatige zorg.
GGZ	Onterecht in rekening brengen van een indirecte tijd DBC
GGZ	Registratie van activiteiten die niet feitelijk geleverd zijn.
GGZ	Onjuiste registratie van het zorgtype
GGZ	Onjuiste registratie van de einddatum behandeling.
GGZ	Onjuiste registratie van de diagnose typering.
GGZ	Vergoeden van zorg die is uitgesloten van vergoeding vanuit de Zvw.
GGZ	De geregistreerde verblijfs categorie is niet passend bij de situatie van de verzekerde.
GGZ	Er worden verblijfsdagen in rekening gebracht die niet feitelijk geleverd zijn en/of niet zijn geregistreerd conform de Spelregels.
GGZ	Onterechte vergoeding van deelprestaties verblijf wanneer Niet wordt voldaan aan geldende voorwaarden voor klinische opname.
GGZ	Er wordt een deelprestatie verblijf in rekening gebracht die niet voldoet aan de gestelde eisen in de Spelregels.
GGZ	Vergoeding van niet curatieve GGZ uit de Zvw vanwege overschrijding van de maximale opnameduur.
GGZ	Onterechte vergoeding van meerdere DBC's/prestaties per verzekerde
GGZ	Serialiteit: Te vroeg afsluiten DBC's, waardoor vergoeden van meerdere korte(re) DBC's.
GGZ	Onterechte vergoeding vanuit Zvw van zorg die vanuit de AWBZ gefinancierd had moeten worden.

Verstrekking	Omschrijving risico
GGZ	Onterecht dubbele vergoeding voor diagnostiek: Vergoeden van twee DBC's in plaats van 1.
GGZ	Onterechte vergoeding van een crisis-DBC(omdat geen sprake was van een crisissituatie).
GGZ	Onterecht dubbele tijdregistratie door GGZ-aanbieder bij dagbesteding: samenloop met verblijf zonder overnachting (VZO) en/of directe patiëntgebonden behandelactiviteiten.
GGZ	Ondoelmatigheid: De behandelarenmix is niet passend bij de geleverde prestaties
GGZ	Patiënten langer en/of zwaarder doorbehandelen dan noodzakelijk en doelmatig
GGZ	Onterecht in rekening brengen van een eigen bijdrage verzekerden door GGZ-aanbieders.
GGZ	Inzet van personeel tegen een hoger tarief dan contractueel is toegestaan.
GGZ	Onrechtmatige vergoeding van zorg bij niet toegelaten aanbieders.
FARMACIE	Declaratiefouten bij extreem dure of grote afleveringen
FARMACIE	Onrechtmatige vergoeding van niet afgeleverde medicijnen of hulpmiddelen
FARMACIE	ANZ-declaraties door apotheken die geen dienstapothek zijn
FARMACIE	Geneesmiddelen bij stoppen met roken
FARMACIE	Onrechtmatige declaratie prestatie 2
FARMACIE	Reizigersvaccinatie en malariatabletten via basisverzekering
FARMACIE	Declaraties begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel door apotheken die flat fee voor farmaceutische spoedzorg ontvangen
FARMACIE	Afwezigheid artsenverklaring bij duurste/meest voorkomende bijlage 2 geneesmiddelen
FARMACIE	Afleveren dure multisource spécialité zonder medische noodzaak
FARMACIE	Onnodig gebruik geneesmiddelen o.b.v. richtlijnen apotheken
FARMACIE	Declareren apotheek en/of leverancier terwijl verzekerde is opgenomen in GGZ instelling: Betaling van dubbele kosten
FARMACIE	Ten onrechte declareren bijzondere magistrale bereiding
FARMACIE	Onterechte recepten voorschrijvers voor zelfzorggeneesmiddelen
FARMACIE	Geneesmiddelen onterecht buiten LPG en substitutieberekening houden
FARMACIE	Onterecht declareren geneesmiddel dat bij IVF onderdeel is van de DBC.(U-bocht bij IVF middelen)
FARMACIE	Afwijkend declaratiegedrag
FARMACIE	Leveren en declareren aan de onjuiste patiënt
FARMACIE	Meer voeding afgeleverd dan de richtlijnen
FARMACIE	Gepast gebruik van het spoedtarief (flat fee)
FARMACIE	Middelen ten onrechte onder de bv vergoed
FARMACIE	Vergoeding dieetvoeding zonder geldige machtiging
FARMACIE	Vaker declareren ETG dan doelmatig is
HM	Verstrekken teststrips zonder insulinegebruik
HM	Hoger tarief in rekening brengen dan overeengekomen
HM	De leverancier of apotheek overschrijdt de maximale toegestane afleverhoeveelheid zonder voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar.
HM	De Leverancier of apotheek declareert kortdurend (onrechtmatig) gebruik van incontinentiemateriaal.
HM	De leverancier of apothekers verstrekt onderleggers zonder voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar
HM	Declareren van kortdurend (onrechtmatig) gebruik van verbandmateriaal
HM	Onrechtmatige vergoeding van glucosemeters als er ook een startpakket wordt uitgegeven

Verstrekking	Omschrijving risico
HM	Transportkosten worden dubbel gedeclareerd op 1 dag.
HM	Onjuiste declaraties (onjuist tarief gedeclareerd, maandbedrag wordt dagelijks gedeclareerd, nog gedeclareerd na retour HM).
HM	Ten onrechte TEK gedeclareerd
HM	Binnen en buiten de gebruikstermijn hulpmiddelen worden vergoed zonder dat daarvoor een machtiging is of dat de machtiging is afgewezen
HM	GPH codes die geen verzekerde zorg zijn worden gedeclareerd.
HM	Afgekeurde regels later alsnog gedeclareerd onder een andere GPH code of dezelfde GPH code
HM	Proefschoenen zijn gedeclareerd terwijl deze niet geleverd zijn
HM	Risico dat na de overname van HM leverancier nieuwe HM zijn geleverd die datzelfde jaar al door oorspronkelijke Leverancier geleverd zijn.
HM	Voorkomen 'inleveren' korting op hulpmiddelen
HM	Onnodig veel kosten voor reparaties aan hulpmiddelen/ onrechtmatige betaling van reparaties bij afkoop en garantietermijnen
HM	Declareren apotheek en/of leverancier door terwijl verzekerde is opgenomen in GGZ instelling: Betaling van dubbele kosten
HM	HM die kortdurend zijn ingezet niet worden gecrediteerd wanneer een langdurige verstrekking wordt uitgezet
HA	GEZ en modules gedeclareerd worden, terwijl een verzekerde niet staat ingeschreven bij de huisarts(enpraktijk/voorziening)
HA	Zowel een eerstelijns keten als een ziekenhuis DBC wordt gedeclareerd voor dezelfde aandoening
HA	Declareren door huisarts wanneer een verzekerde opgenomen wordt in een AWBZ-instelling.
HA	Bij integrale ketens wordt zorg regulier gedeclareerd terwijl dit ook bekostigd wordt vanuit de integrale keten
HA	Zowel een M&I verrichting als een consult wordt gedeclareerd op dezelfde dag
HA	Huisarts prikt bloed voor lab onderzoek en declareert hiervoor consulten Terwijl het prikken al is opgenomen in het tarief van het lab
HA	Terugbetalen te veel betaalde gelden door zorggroepen aan hun preferente verzekeraar maar niet aan de verzekeraar die volgt
HA	Tegelijkertijd declareren voor VRM en DM ketenzorg
HA	In rekening brengen ANW terwijl ze zijn aangesloten bij een dienstenstructuur
HA	Includeren Astma patiënten van DSW/SH terwijl alleen COPD patiënten van DSW/SH geïncludeerd mogen worden
HA	Declareren van modules die niet i.c.m. met een GEZ gedeclareerd mogen worden
HA	Declareren van M&I verrichtingen voor verzekerden die niet tot de specifieke doelgroep behoren
HA	Onterecht indienen van passantentarief
HA	Voetzorg gedeclareerd voor niet Diabetespatiënten
HA	Declareren van niet door DSW gecontracteerde M&I verrichtingen
KZ	De intake wordt thuis gedaan, ook wanneer dit niet nodig is volgens de richtlijnen
KZ	Partusassistentie heeft niet plaatsgevonden
KZ	Zonder machtiging uitgestelde kraamzorg verleend
KZ	Geboortecentra declareren AW tarieven

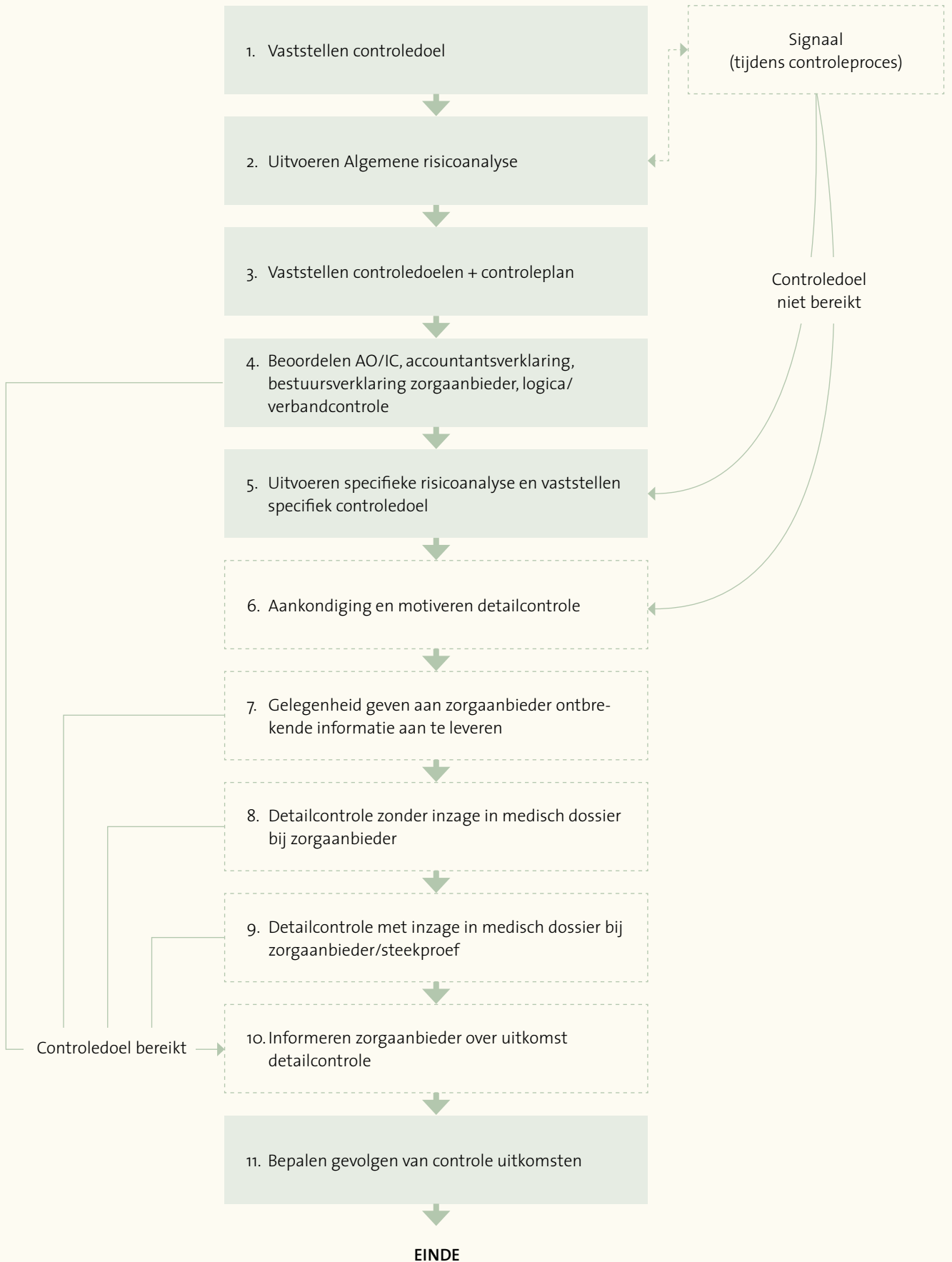
Verstrekking	Omschrijving risico
VERL	Declareren van hele traject in plaats van de deelprestaties bij laat in zorg komen
VERL	Zwangeren worden tussen verloskunde praktijken uitgewisseld zodat het totaal te declareren bedrag hoger is
VERL	Combinaties van traject gedeclareerd die niet zijn toegestaan
VERL	Ondoelmatige echo's
PARAM	Niet geleverde behandelingen worden vergoed
PARAM	Ondoelmatige fysiotherapie
PARAM	Dubbelfinanciering MSZ en fysiotherapie
PARAM	Extreme afwijkingen van de benchmark
PARAM	Onrechtmatige zorg door zeer veel groepsbehandelingen te declareren
PARAM	Kostenstijging door intake/onderzoek en behandeling op 1 dag
PARAM	Stijging van kosten per verzekerde fysiotherapie van 0-jarigen
PARAM	Declareren van schoollogopedie als reguliere logopedie
PARAM	Dyslexiebehandelingen worden als reguliere logopedie gedeclareerd
PARAM	Alternatieve behandelingen die niet onder de Zvw vallen worden als reguliere fysiotherapie gedeclareerd
PARAM	Opknippen van behandelingen
PARAM	Uitschieters in kosten kindfysiotherapie bij specifieke praktijken
PARAM	Sporten op kosten van de Zvw/inzet standaard beweegprogramma's
PARAM	Niet volgen van richtlijn COPD
VERV	Het uitkeren van teveel km
VERV	Vergoeding van niet verzekerde zorg
VERV	Vergoeden van spoedeisend vervoer naar huis terwijl dit nooit spoedeisend is
VERV	Vervoer betalen voor verzekerden met een GGZ indicatie
VERV	Dubbele betaling van vervoer aan landelijke vervoerder en de onderaannemer
WKVPL	Upcoding
WKVPL	Te lang thuis verplegen
WKVPL	Dubbele declaraties
WKVPL	Uitvoeren van voorbehouden handelingen door een niet BIG-bevoegde
WKVPL	Vergoeden van niet geleverde zorg
WKVPL	Declaratie is onterecht of onjuist van verzekerden met een PGB.
WKVPL	Meerdere indicaties per jaar voor één verzekerde monitoren
WKVPL	Dubbele declaraties voor dezelfde zorg vanuit ZIN en PGB
WKVPL	Onjuiste indicatiestelling
GRZ	Juiste inzet van GRZ
GRZ	Zorg gedeclareerd voor verzekerden buiten de doelgroep
GRZ	De GRZ zorg sluit niet aan op het ziekenhuis.
GRZ	Declareren van langere periode zonder goedkeuring van verlenging

Verstrekking	Omschrijving risico
ZG	Ontbreken van verwijzing
ZG	Dubbele declaraties
MZ	Ten onrechte T95 (spalk) uit basisverzekering betalen
MZ	Ten onrechte gedeclareerde of slecht gelegde vullingen
MZ	Dubbele declaraties
MZ	Ten onrechte gedeclareerde of slecht gelegde sealings
MZ	Ten onrechte gedeclareerde M5
MZ	Overbehandeling; verdovingen
MZ	Niet vergoed conform de halveringssystematiek kaakchirurgie
MZ	Vergoeding verdoving i.c.m. behandelingen waarbij verdoving is inbegrepen
MZ	Vaker vergoeden van etsen dan vergoeden van vullingen in 1 behandeling
MZ	Dure herbehandelingen (kan wijzen op slechte kwaliteit 1e behandeling dan wel oneigenlijke declaraties)
MZ	Onjuiste indicatiestelling bij sealings
MZ	Onterechte declaraties implantologie en parodontologie
MSZ	Controle Onjuiste Vastlegging Verwijsgegevens
MSZ	Meerdere DBC's op 1 dag bij 1 verzekerde
MSZ	Controle ELV codes ziekenhuizen
MSZ	DCM – Trajecten gesloten t/m 2013 (ná Omzetonderzoek)
MSZ	DCM – Trajecten gesloten t/m 2014
MSZ	Gepast Gebruik – PAOD
MSZ	Gepast Gebruik – Varices
MSZ	Gepast Gebruik – ESWL
MSZ	Pay for performance 2013-2014
MSZ	Proces Creditnota's ziekenhuizen
MSZ	Stads- en Regiomaatschappen
MSZ	Hoog complexe zorg zonder verpleegkundig team
MSZ	Actuele beleidsregels
MSZ	Declaratie SOA tests
MSZ	Afsluitreden 80, 82, 84 of 86
MSZ	Machtigingscontrole - N
MSZ	Kaakchirurgie: Weekend-toeslag niet in het weekend
MSZ	Kaakchirurgie: Nacht/weekend toeslag zonder verrichting
MSZ	Kaakchirurgie: Assustebtue zonder prestatie tariefgroep 2
MSZ	Nazorg donoren
MSZ	Machtigingscontrole - afgewezen
MSZ	Machtigingscontrole - ten onrechte afgegeven
MSZ	MSVT zonder indicatie
MSZ	MSVT in instelling
MSZ	MSVT ipv verpleging
MSZ	Hartrevalidatie diagnose 821 < 365 dagen
MSZ	Klinische Neurofysiologie

Verstrekking	Omschrijving risico
MSZ	Toeslag ordertarief
MSZ	Zwangerschap: meer dan 2x 088770
MSZ	Zorgactiviteit 039449 / 039450
MSZ	Pre-assessment en poliklinischebezoek voor zelfde activiteit
MSZ	Medische bevalling ipv poliklinisch
MSZ	zorgactiviteit 039693 zonder hartoperatie
MSZ	zorgactiviteit 190049 en polibezoek door zelfde behandelaar.
MSZ	zorgactiviteit 190029 en polibezoek door zelfde behandelaar.
MSZ	zorgactiviteit 039695 meer dan 1x per operatie
MSZ	zorgactiviteit SKION stratificatie meer dan 1x per DBC zorgproduct
MSZ	congenitale longproblematiek
MSZ	Multidisciplinair overleg niet in traject hoofdbehandelaar
MSZ	eerste consult geregistreerd bij bestaande zorgvraag
MSZ	FIT-module <11 sessies
MSZ	PEP-module met slechts 1 sessie
MSZ	190003 icm Multidisciplinair overleg
MSZ	Uit-toeslag op zelfde adres
MSZ	Uit-toeslag bij groepszitting
MSZ	Inrichtingstoeslag in buitenpoli
MSZ	Behandeling chronische a-specifieke rugklachten
MSZ	Dubbele vergoeding kosten op grensvlak 1e en 2e lijn
MSZ	Overbehandeling
MSZ	Onderbehandeling
MSZ	Afsluitgrenzen DOT - 42 dagen
MSZ	Afsluitgrenzen DOT - 90 dagen
MSZ	Afsluitgrenzen DOT - zwaarder product
MSZ	"alsof"-codering

Bijlagen

Bijlage 1 Schematisch overzicht materiële controle



Vragen?

Heeft u nog vragen? Ga naar www.dsw.nl of neem contact op met een van onze medewerkers van de afdeling Klantenservice via telefoonnummer (010) 2 466 466. Zij staan u graag te woord.

DSW Zorgverzekeraar • Postbus 173 • 3100 AD Schiedam

Altijd op de hoogte blijven? Volg ons!



DSW Zorgverzekeraar



@DSW_Zorg

DSW
zorgverzekeraar