

Rapport

Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011

Onderdeel vereveningsonderzoek Zvw en
compensatieregeling eigen risico (CER)

februari 2013

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Doelstelling rapport	11
1.2 Toezichtskader	11
1.3 In het onderzoek betrokken verantwoordingen	11
1.5 Handhaving	12
1.6 Kwantitatieve gegevens	14
1.7 Leeswijzer	14
2. Algemene bevindingen	15
2.1 Tijdigheid aanlevering	15
2.2 Controleverklaringen en assurancerapporten	15
3. Materiële controles	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Samenwerking NZa en DNB	17
3.3 Bevindingen	17
3.4 Conclusie materiële controle	20
4. Misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O)	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Bevindingen M&O	21
4.3 Conclusie M&O	25
5. Gepast gebruik	27
5.1 Inleiding	27
5.2 Bevindingen	28
5.3 Conclusie	30
6. Structurele maatregelen wanbetalers	33
6.1 Inleiding	33
6.2 Bevindingen	33
6.3 Conclusie	34
7. Jaarstaat A: kosten van prestaties	35
7.1 Inleiding	35
7.2 Bevindingen	35
7.3 Conclusie	36
8. Jaarstaat A: opgave betalingsachterstanden, boete-regeling en gedetineerden	37
8.1 Inleiding	37
8.2 Bevindingen	37
8.3 Conclusie	38
9. Opgaven verzekerden	39
9.1 Inleiding	39
9.2 Bevindingen verzekerden	39
9.3 Conclusie	39
10. Overige financiële verantwoordingen	41
10.1 Inleiding	41
10.2 Bevindingen	41
10.2.1 Opgave HKC 2009	41

10.2.2	Opgave kosten per verzekerde 2009	41
10.2.3	Opgave DBC-gegevens 2010	41
10.2.4	Opgave gegevens opbrengstverrekening 2010	42
10.2.5	Opgave farmaciegegevens 2011	42
10.3	Conclusie	42
11.	Uitvoering compensatieregeling eigen risico	43
11.1	Inleiding	43
11.2	Bevindingen	43
11.2.1	Bevindingen uitvoering CER 2011 door het CAK	43
11.2.1	Bevindingen rechtmatigheid CER-uitkeringen 2011	44
11.3	Conclusie	44

Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt op grond van artikel 16 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars. Daarnaast houdt de NZa toezicht op de uitvoering van de Compensatieregeling eigen risico (CER) door het Centraal Administratiekantoor (CAK).

Dit samenvattend rapport geeft de bevindingen weer van het vereveningsonderzoek 2011 en van de uitvoering van de Compensatieregeling eigen risico door het CAK. Evenals vorig jaar heeft de NZa al eerder (oktober 2012) een afzonderlijk samenvattend rapport¹ uitgebracht over de naleving van de publieke randvoorwaarden, zoals de acceptatie- en zorgplicht in de Zvw.

Uiteraard is het de eerste verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om correct te declareren. Vervolgens moet de verzekeraar controleren of dit juist is gebeurd. De NZa constateert dat zorgverzekeraars meer werk moeten maken van de controle van declaraties van kosten van prestaties en de controle van hun financiële verantwoordingen. Wat de controle van declaraties betreft: arbeidsintensieve achterafcontroles vormen niet de enige weg om dit doel te bereiken. De NZa ziet ook kansen voor zorgverzekeraars om via bijvoorbeeld zorginkoop, machtigingen en/of controles in de keten een en ander aan de voorkant beter te borgen.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

¹ Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011, onderdeel acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht, NZa, oktober 2012.

Managementsamenvatting

De NZa heeft bij het vereveningsonderzoek Zvw 2011, uitgevoerd in 2012, het accent gelegd op een aantal aspecten die verband houden met de betaalbaarheid van de zorg: formele en materiële controles, misbruik en oneigenlijk gebruik en gepast gebruik.

Daarnaast geeft de NZa een oordeel over de juistheid van de financiële verantwoordingen die de NZa in 2012 heeft ontvangen. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gebruikt dit oordeel bij de fondsenverslaglegging en bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen voor de zorgverzekeraars.

In 2011 waren 13² concerns actief die 29 zorgverzekeraars vertegenwoordigen.

Bevindingen materiële controles, misbruik en oneigenlijk gebruik en gepast gebruik

De NZa stelt vast dat de zorgverzekeraars in toenemende mate aandacht geven aan de beheersing van de betaalbaarheid van de zorg. Wel laat het tempo en de diepgang waarmee dit gebeurt nog veel ruimte voor verbetering. De NZa ziet als de belangrijkste terreinen waarop winst te behalen valt:

- versterken interactie tussen controle en zorginkoop;
- meer aandacht voor de in te zetten capaciteit voor materiële controles en misbruik en oneigenlijk gebruik;
- de inzet en kwaliteit van spiegelinformatie versterken;
- inzet van datamining vergroten;
- bredere aandacht voor de controle op medisch specialistische zorg en GGZ dan alleen de controle op parallelle en seriële DBC's;
- een meer planmatige aanpak bij de bestrijding van zorgfraude;
- intensivering opzet (risico-analyses) en uitvoering gepast gebruik;
- meer samenwerking tussen zorgverzekeraars op het gebied van materiële controles, omdat alleen op die manier optimaal effect kan worden bereikt.

Bevindingen financiële verantwoordingen

De NZa betreft de financiële verantwoordingen, die voorzien zijn van bestuursverklaringen en een controleverklaring³ of assurance-rapport in haar toezicht. De NZa heeft in het onderzoek 2011 relatief veel aanvullende onjuistheden en onzekerheden geconstateerd. Hierdoor moesten diverse aangeleverde verantwoordingen opnieuw worden ingediend door de zorgverzekeraars, voorzien van nieuwe bestuursverklaringen en accountantsproducten. Daarnaast vindt de NZa dat de uitkomsten van controles en onderzoeken in een aantal gevallen transparanter moeten worden geëvalueerd door de zorgverzekeraar en zijn accountant. De belangrijkste bevindingen zijn:

- Jaarstaat A 2011, kosten van prestaties: 5 zorgverzekeraars hebben herziene jaarstaten moeten indienen. De totale correctie in de Jaarstaat 2011 voor de jaarkolommen 2009, 2010 en 2011 bedraagt in absolute zin € 490,1 mln. Voor ruim 90% bestaat deze correctie uit verschuivingen tussen posten in de financiële verantwoordingen (onjuiste rubriceringen) en voor het overige vooral uit neerwaartse

² Twee concerns (2 zorgverzekeraars) hadden geen verzekerdenportefeuille wegens overgedragen activiteiten, maar kenden alleen schade-uitloop van

³ Bij de Jaarstaat, onderdeel A wordt een controleverklaring afgegeven, bij de overige financiële verantwoordingen een assurance-rapport.

schadelastcorrecties. De verschuivingen hebben effect op de vereveningsbijdragen van het CVZ. Daarom vindt de NZa het ook bij onjuiste rubriceringen van belang dat deze worden gecorrigeerd en niet meer optreden.

- Jaarstaat A 2011, opgave betalingsachterstanden: 5 herziene opgaven.
- Opgave kosten per verzekerde: 3 herziene opgaven met in totaliteit € 33,9 mln. aan correcties. Daarnaast heeft de NZa een voorbehoud gemaakt bij een opgave van een zorgverzekeraar.
- De NZa heeft een voorbehoud gemaakt voor een opgave farmaciegegevens van een zorgverzekeraar.
- De NZa heeft het CVZ geadviseerd om € 23,2 mln. aan correcties met betrekking tot de Jaarstaat A kosten van prestaties 2009 te betrekken bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage in verband met de kostendefinitie, zoals is opgenomen in de instructies van het CVZ.
- De NZa heeft diverse aanvullende onzekerheden geconstateerd die de zorgverzekeraars nog moeten uitzoeken. De totale resterende onjuistheden en onzekerheden in de kosten van prestaties 2011 in de Jaarstaat A, inclusief de door de NZa geconstateerde aanvullende onzekerheden bedraagt € 445,3 mln. Dit is 1,24% van het totaal van de kosten van prestaties ad € 35.877,2 mln. Hierin zijn de reeds gecorrigeerde bedragen via de herziening van de Jaarstaten niet opgenomen.

Veel zorgverzekeraars moeten het totstandkomingsproces van de financiële verantwoordingen verbeteren. De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- diepgang risico-analyses;
- verrichten van plausibiliteitscontroles op output (bijvoorbeeld verbandscontroles en diepgaande cijferanalyses);
- bewaking van foutopvolging;
- volledigheid van de foutentabel;
- de benodigde intensivering van controles;
- de uitkomsten van controles en onderzoeken beter kwantificeren en kritischer en transparanter betrekken van de uitkomsten in de evaluatie.

Conclusie juistheid financiële verantwoordingen

De diverse financiële verantwoordingen blijven, met uitzondering van de opgave betalingsachterstanden, binnen de vastgestelde nauwkeurigheidseisen. Deze conclusie is van toepassing ná de correcties in de herziene opgaven die de zorgverzekeraars moesten doorvoeren. Dit laat onverlet dat de zorgverzekeraars de geconstateerde resterende onjuistheden moeten corrigeren, ook als deze binnen de tolerantie blijven. De opgave betalingsachterstanden overschrijdt de nauwkeurigheidstolerantie. Dit moet worden hersteld in 2013.

Conclusie CER

De NZa heeft de uitvoering van de compensatie eigen risico (CER) door het CAK en de rechtmatigheid van de in 2011 uitbetaalde CER-uitkeringen beoordeeld. De NZa concludeert dat het CAK de werkzaamheden CER in 2011 op een goede wijze heeft uitgevoerd. Ter beoordeling van de rechtmatigheid van de in 2011 uitbetaalde CER-uitkeringen is er door een externe accountant in opdracht van de minister van VWS een statistische steekproef uitgevoerd. De werkzaamheden hiervoor zijn nog niet afgerond. De NZa maakt hiervoor een voorbehoud en rapporteert in een later stadium separaat aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) over haar oordeel over de rechtmatigheid van de in 2011 betaalde CER-uitkeringen.

Handhaving

De NZa heeft vooraf aangekondigd scherper toezicht te houden en zonodig handhavingsinstrumenten in te zetten. Over de invulling van het handhavingsbeleid van de NZa is meer te lezen in Beleidsregel TH/BR-004⁴. De NZa heeft in onderstaande tabel de maatregelen opgenomen die zij heeft getroffen naar aanleiding van het onderzoek Zvw 2011:

Tabel 1. Handhaving NZa Zorgverzekeraars

	2011	2010
Aantal aanwijzingen	18	7
- waarvan te late aanlevering	6	-
- waarvan onjuiste bestuursverklaring	1	2
- waarvan onjuiste aanlevering	11	5
Aantal informatieverzoeken	36⁵	25
- waarvan formele controles	4	7
- waarvan materiële controles	2 ⁶	16
- waarvan maatregelen wanbetalers	-	2
- waarvan misbruik en oneigenlijk gebruik	14	-
- waarvan gepast gebruik	16	-
Aantal boete-onderzoeken	5	-
Totaal aantal maatregelen	59	32

Bron: NZa

De NZa heeft naar aanleiding van het onderzoek 2011 voor de onderwerpen formele- en materiële controle, misbruik en oneigenlijk gebruik en gepast gebruik informatieverzoeken verzonden. Dit betekent dat de zorgverzekeraars verbeterplannen moeten opstellen en aan de NZa moeten sturen. Het sturen van aanwijzingen was wegens het ontbreken van een juridische basis niet mogelijk. De juridische basis is per 1 januari 2013 gelegd met het in werking treden van de 'Nadere Regel controle en administratie zorgverzekeraars' van de NZa. De regeling stelt nadere eisen aan de uitvoering van controles door zorgverzekeraars en de administratie ter zake. Naast genoemde maatregelen voert de NZa met de bestuurders van een aantal zorgverzekeraars zogenaamde normoverdragende gesprekken. Dit zijn gesprekken met bestuurders van zorgverzekeraars met de doelstelling om naleving van wet- en regelgeving door zorgverzekeraars te bevorderen.

De NZa is voornemens om volgend jaar haar handhavingsbeleid voort te zetten.

⁴ Beleidsregel TH/BR-004: Handhaving, de invulling van het handhavingsbeleid van de NZa, NZa, februari 2012.

⁵ Dit telt op tot een hoger aantal dan het aantal werkzame zorgverzekeraars. Dit komt doordat zorgverzekeraars over meerdere onderwerpen een informatieverzoek kunnen krijgen. Uit praktische overwegingen is dan het informatieverzoek aan de zorgverzekeraar gebundeld. In de telling is het totaal aantal informatieverzoeken opgenomen en niet het 'gebundelde aantal'.

⁶ Vanuit het onderzoek 2010 loopt er nog een verbetertraject bij 16 zorgverzekeraars.

1. Inleiding

1.1 Doelstelling rapport

Met dit rapport informeert de NZa de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) over de uitkomsten van het vereveningsonderzoek Zvw 2011, uitgevoerd in 2012. Het rapport gaat in op de juistheid van de financiële verantwoordingsdocumenten die de NZa in 2012 heeft ontvangen en die het CVZ gebruikt als input voor het vereveningsproces. Tevens heeft de NZa een aantal aspecten die verband houden met de betaalbaarheid van de zorg in het onderzoek betrokken: formele en materiële controles, misbruik en oneigenlijk gebruik en gepast gebruik.

1.2 Toezichtskader

De NZa houdt op grond van artikel 16, sub b van de Wmg toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw. Onderdeel hiervan is het onderzoek naar de juistheid en volledigheid van de aangeleverde vereveningsinformatie door de zorgverzekeraars (vereveningsonderzoek). Zorgverzekeraars dienen deze informatie, inclusief de bijbehorende accountantsproducten, tijdig aan de NZa en/of aan het CVZ aan te leveren. De NZa geeft controlevoorschriften via het 'Protocol vereveningsonderzoek Zvw met oplevering in 2012 en onderzoek Uitvoeringsverslag 2011' (hierna: Protocol). De NZa brengt jaarlijks niet openbare individuele rapporten uit aan het CVZ en de zorgverzekeraar. In het voorliggende openbare samenvattende rapport geeft de NZa de bevindingen op totaalniveau weer.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de verevening is op grond van artikel 32 t/m 36 van de Zvw bij het CVZ belegd. Het CVZ geeft voorschriften voor de verantwoording door de zorgverzekeraar via het Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringwet (handboek CVZ).

Het Centraal Administratiekantoor (CAK) voert op grond van artikel 118a van de Zvw de Compensatieregeling eigen risico (CER) uit. De zorgverzekeraars verstrekken hiertoe, eveneens op grond van artikel 118a van de Zvw, aan het CAK de persoonsgegevens die voor de uitvoering door het CAK noodzakelijk zijn.

1.3 In het onderzoek betrokken verantwoordingen

Het onderzoek is verricht naar de volgende financiële verantwoordingen:

- de jaarstaat Zvw 2011, onderdeel A;
- kosten van prestaties;
- opgave betalingsachterstanden nominale premie;
- ondermandaat zorgverzekeraars boeteregeling;
- berekende nominale rekenpremie gedetineerden;
- de opgave verzekerde periode en persoonskenmerken 2011;
- de opgave persoonskenmerken juni 2012;
- de opgave farmaciegegevens 2011;
- de opgave DBC-gegevens 2010;
- de opgave gegevens 2010 voor de opbrengstverrekening;
- de opgave HKC 2009;

- de opgave kosten per verzekerde 2009;

en naar de volgende processen:

- het proces structurele maatregelen wanbetalers 2011;
- materiële controles 2011;
- gepast gebruik 2011;
- compensatieregeling eigen risico 2011.

Het uitvoeringsverslag is betrokken bij het vereveningsonderzoek voor zover relevant. Het uitvoeringsverslag bevat ook andere informatie (zoals de naleving van de acceptatieplicht en zorgplicht) die bij andere onderzoeken⁷ betrokken is.

Bij de verantwoordingsdocumenten moeten zorgverzekeraars accountantsproducten aanleveren. Daarbij gaat het om de volgende producten:

- controleverklaring bij de jaarstaat, onderdeel A;
- rapport van feitelijke bevindingen bij het uitvoeringsverslag;
- assurance-rapporten bij de overige financiële verantwoordingen.

De interne accountant mag, mits voldaan is aan een aantal randvoorwaarden, het accountantsproduct afgeven voor de opgaven verzekerde periode en persoonskenmerken, persoonskenmerken, farmaciegegevens, DBC-gegevens, HKC en het Uitvoeringsverslag. Voor 2011 hebben 12 zorgverzekeraars hiervan gebruik gemaakt.

1.4 Focuspunten

De NZa heeft de zorgverzekeraars, CVZ en VWS vooraf geïnformeerd over de focuspunten die zij bij het vereveningsonderzoek zou hanteren.

In het onderzoek is vooral prioriteit gegeven aan de uitvoering van de formele en materiële controles door zorgverzekeraars, de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik en het toetsen door zorgverzekeraars op gepast gebruik.

1.5 Handhaving

De instrumenten die de NZa kan inzetten bij onvoldoende naleving van de Zvw of onderliggende regelgeving zijn:

- het sturen van een informatieverzoek (art. 61 Wmg);
- het geven van een aanwijzing (art. 77 Wmg);
- het openbaar maken van een aanwijzing bij het niet of niet tijdig voldoen aan een aanwijzing (art. 80 Wmg);
- het toepassen van bestuursdwang of het opleggen van een last onder dwangsom (art. 83 Wmg);
- het opleggen van een bestuurlijke boete (art. 86 – 89 Wmg).

Ook kan de NZa een bestuurlijke boete opleggen aan een zorgverzekeraar die aan het CVZ de voor de vaststelling van de verevening noodzakelijke informatie onjuist, of onvolledig heeft verstrekt.

⁷ Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011, onderdeel acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht, NZa, oktober 2012

De NZa heeft vooraf aangekondigd scherper toezicht te houden en ook de handhavingsinstrumenten, indien nodig, in te zetten. De NZa heeft in onderstaande tabel de maatregelen opgenomen die zij heeft getroffen naar aanleiding van het onderzoek Zvw 2011:

Tabel 2. Handhaving NZa

	2011	2010
Aantal zorgverzekeraars met aanwijzing	18	7
- waarvan te late aanlevering	6	-
- waarvan onjuiste bestuursverklaring	1	2
- waarvan onjuiste aanlevering	11	5
Aantal zorgverzekeraars met informatieverzoek	36⁸	25
- waarvan formele controles	4	7
- waarvan materiële controles	2 ⁹	16
- waarvan maatregelen wanbetalers	-	2
- waarvan misbruik en oneigenlijk gebruik	14 ¹⁰	-
- waarvan gepast gebruik	16 ¹¹	-
Aantal zorgverzekeraars met boete-onderzoek	5	-
- waarvan onjuiste aanlevering	5	-
Totaal aantal maatregelen	59	32

Bron: NZa

De NZa heeft naar aanleiding van het onderzoek 2011 voor de onderwerpen formele- en materiële controle, misbruik en oneigenlijk gebruik en gepast gebruik informatieverzoeken verzonden. Dit betekent dat de zorgverzekeraars verbeterplannen moeten opstellen en aan de NZa moeten sturen. Het sturen van aanwijzingen was wegens het ontbreken van een juridische basis niet mogelijk. De juridische basis is per 1 januari 2013 gelegd met het in werking treden van de 'Nadere Regel controle en administratie zorgverzekeraars' van de NZa. De regeling stelt nadere eisen aan de uitvoering van controles door zorgverzekeraars en de administratie ter zake.

Naast bovenstaande maatregelen voert de NZa met de bestuurders van een aantal zorgverzekeraars zogenaamde normoverdragende gesprekken. Dit zijn gesprekken met bestuurders van zorgverzekeraars met de doelstelling om naleving van wet- en regelgeving door zorgverzekeraars te bevorderen.

De NZa is voornemens om de formele handhavingsinstrumenten, waaronder het opleggen van boetes, de komende jaren in te zetten bij geconstateerde tekortkomingen, bijvoorbeeld als normoverdragende gesprekken, informatieverzoeken en gegeven aanwijzingen niet leiden tot de gewenste verbetering. Over de invulling van het handhavingsbeleid van de NZa is meer te lezen in Beleidsregel TH/BR-004¹².

⁸ Dit telt op tot een hoger aantal dan het aantal werkzame zorgverzekeraars. Dit komt omdat zorgverzekeraars over meerdere onderwerpen een informatieverzoek kunnen krijgen. Uit praktische overwegingen is dan het informatieverzoek aan de zorgverzekeraar gebundeld. In de telling is het totaal aantal informatieverzoeken opgenomen en niet het 'gebundelde aantal'.

⁹ De lopende herstelplannen op basis van de informatieverzoeken 2010 zijn hierin niet meegeteld.

¹⁰ Het proces m&o is over 2010 niet onderzocht.

¹¹ Het proces gepast gebruik is in 2010 als pilot betrokken en heeft geleid tot de constatering van verbeterpunten, maar nog geen maatregelen.

¹² Beleidsregel TH/BR-004: Handhaving, de invulling van het handhavingsbeleid van de NZa, NZa, februari 2012.

1.6 Kwantitatieve gegevens

In onderstaande tabel is een aantal kwantitatieve gegevens opgenomen op totaalniveau. De cijfers zijn opgenomen om een beeld te geven van de omvang van een aantal stromen en/of standen.

Tabel 3 Kwantitatieve gegevens Zorgverzekeraars

	Jaar t	Jaar t-1
Totaal kosten Jaarstaat A, kostenverzamelstaat (2011 en 2010) ¹³	€ 35.877,2 mln.	€ 34.563,9 mln.
Totaal schadebedrag opgenomen in bestand farmaciegegevens (2011 en 2010)	€ 3.671,8 mln.	€ 3.664,9 mln.
Totaal schadebedrag opgenomen in bestand DBC-gegevens (2010 resp. 2009)	€ 16.094,1 mln.	€ 16.102,7 mln.

Bron: NZa

In 2011 waren 13¹⁴ concerns actief die 29 zorgverzekeraars vertegenwoordigen.

1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geeft de NZa een aantal algemene bevindingen weer. In de hoofdstukken 3 tot en met 6 komen de processen materiële controle, misbruik en oneigenlijk gebruik, gepast gebruik en structurele maatregelen wanbetalers aan bod. In hoofdstuk 7 en 8 komt het onderzoek naar de Jaarstaat naar voren, in hoofdstuk 9 de verzekerdenopgaven en in hoofdstuk 10 de overige financiële opgaven (HKC, kosten per verzekerde, DBC-gegevens, gegevens voor de opbrengstverrekening en Farmaciegegevens). Hoofdstuk 11 gaat ten slotte in op de compensatie eigen risico (CER).

¹³ Gebaseerd op de totaal lasten (brutoschade, definitie CVZ) jaarstaten Zvw 2011 kolom 1 resp. kolom 3 (lasten inclusief balanspost).

¹⁴ Twee concerns (2 zorgverzekeraars) hadden geen verzekerdenportefeuille wegens overgedragen activiteiten, maar kenden alleen schade-uitloop van oude jaren.

2. Algemene bevindingen

2.1 Tijdigheid aanlevering

In het Handboek van het CVZ, het Protocol van de NZa en in de 'Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet' is vermeld op welk tijdstip zorgverzekeraars de verschillende verantwoordingen moeten aanleveren. De zorgverzekeraars hebben de in totaliteit meer dan 200 verantwoordingen vrijwel volledig tijdig aangeleverd. De NZa heeft de volgende acties ondernomen voor de niet tijdige aanleveringen:

- de NZa heeft een brief gestuurd aan een zorgverzekeraar over de niet tijdige inzending van de opgaven kosten per verzekerde 2009. Kort daarna heeft de NZa deze opgave alsnog ontvangen;
- de NZa heeft een zorgverzekeraar een aanwijzing gegeven voor de te late aanlevering van de herziene opgave HKC 2007. De betreffende zorgverzekeraar heeft de opgave binnen de in de aanwijzing gestelde termijn aangeleverd;
- de NZa heeft 5 zorgverzekeraars een aanwijzing gegeven voor de te late aanlevering van een gevraagde herziening van de jaarstaat A 2011. De betreffende zorgverzekeraars hebben de opgave binnen de in de aanwijzing gestelde termijn aangeleverd.

2.2 Controleverklaringen en assurancerapporten

Bij alle financiële verantwoordingen zijn goedkeurende controleverklaringen cq assurance-rapporten afgegeven, met uitzondering van een controleverklaring met beperking bij de Jaarstaat, onderdeel A voor 2 zorgverzekeraars. Deze houdt verband met de opgave betalingsachterstanden en het niet verwerken van ontvangsten vóór incassokosten. Dit aspect is betrokken in het bedrag aan resterende onjuistheden en onzekerheden in paragraaf 8.2.

3. Materiële controles

3.1 Inleiding

Het uitvoeren van materiële controles en, in het verlengde daarvan, de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O, zie hoofdstuk 4) waren focuspunten in het vereveningsonderzoek 2011.

Materiële controles richten zich op twee aspecten:

- of de gedeclareerde prestatie feitelijk is geleverd;
- of de gedeclareerde prestatie het meest was aangewezen¹⁵ gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

In het Protocol vereveningsonderzoek Zvw heeft de NZa eisen gesteld aan de uitvoering van materiële controles. Onder andere het voldoen aan de eisen in de Regeling Zorgverzekering (RZv), hanteren van een risicogeoriënteerde plan van aanpak, onderbouwing van de gekozen controlemethoden en inzet controlemiddelen, tijdige uitvoering, betrekken van signalen, klachten en afwijkende declaratiepatronen, analyseren uitkomsten.

Bij het onderzoek naar materiële controles heeft de NZa getoetst of zorgverzekeraars voldoen aan deze eisen.

3.2 Samenwerking NZa en DNB

Bij het onderzoek naar materiële controle en M&O heeft de NZa samengewerkt met De Nederlandsche Bank (DNB). De achtergrond hiervan is dat materiële controles en M&O een raakvlak vormen in het toezicht van beide organisaties. DNB en NZa zien hier ieder vanuit hun eigen taken en bevoegdheden op toe. DNB kijkt naar materiële controles en M&O vanuit het toezicht op de integere en beheerste bedrijfsvoering door de zorgverzekeraars. De NZa onderzoekt materiële controles en M&O uit hoofde van het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en de beoordeling van de juistheid van de kosten van de verevening voor de Zvw. De samenwerking draagt bij aan een effectief (versterken van elkaars rol) en efficiënt (bijvoorbeeld voorkomen dubbele uitvraag informatie) toezicht.

3.3 Bevindingen

Follow up

Naar aanleiding van het onderzoek 2010 heeft de NZa in maart 2012 16 zorgverzekeraars een informatieverzoek gestuurd met de opdracht om verbeterplannen op te stellen, omdat de uitvoering van de materiële controles niet in voldoende mate voldeed aan de eisen. De NZa heeft geconstateerd dat deze zorgverzekeraars wel verbeteringen in gang hebben gezet, maar dat de verbetermaatregelen voor de materiële controles over 2011 nog onvoldoende effect hebben gehad. Gezien het tijdstip van het informatieverzoek (in 2012) komt het effect van de door deze zorgverzekeraars te treffen verbetermaatregelen vooral tot uiting vanaf het verantwoordingsjaar 2012.

¹⁵ Dit komt overeen met het begrip 'redelijkerwijs aangewezen' zoals in hoofdstuk 5 Gepast gebruik is gehanteerd.

Organisatie

Zorgverzekeraars hebben de organisatie voor de uitvoering van de materiële controles ieder op hun eigen wijze ingericht. Vaak is sprake van een combinatie van formele- en materiële controles. Bij 5 zorgverzekeraars is de uitvoering van materiële controle belegd bij een specifiek hiervoor opgerichte zelfstandige afdeling. Bij de overige zorgverzekeraars is de uitvoering van de materiële controles een deeltaak van bijvoorbeeld de afdeling declaratieverwerking of zorginkoop. Ook zijn taken soms verdeeld over meerdere afdelingen en functies. Medisch adviseurs worden veelal ad hoc ingezet bij de materiële controles. Bij zorgverzekeraars die geen zelfstandige afdeling hebben is de aansturing voor de materiële controles vaak belegd bij projectgroepen of controlplatforms. Door deze inrichting en de versnippering van functies voor de materiële controle is het voor zorgverzekeraars niet altijd mogelijk om een exact beeld te geven van het aantal fte dat hiermee gemoeid is. De omvang varieert van 2 fte bij een kleine tot 33 fte bij een grote zorgverzekeraar.

In het rapport Vereveningsonderzoek Zvw 2010 heeft de NZa geconstateerd dat de samenhang tussen formele en materiële controles en de regie hierover op onderdelen voor verbetering vatbaar is. Hoewel zorgverzekeraars hier wel het een en ander hebben verbeterd, blijft de regie op de controles (samenhang controles, relatie met zorginkoop, samenwerking en regie tussen afdelingen) een verbeterpunt.

Ook de capaciteit voor materiële controle is een aandachtspunt. De huidige capaciteit voor materiële controles is bij de meeste zorgverzekeraars relatief laag ten opzichte van het totaal aantal fte en de omvang van de zorgkosten die afgedekt moet worden. Hoewel er geen (wettelijke) norm is voor de capaciteit van materiële controle en er een samenhang bestaat met de inrichting van de administratieve organisatie, mag van zorgverzekeraars worden verwacht dat zij hiervoor meer capaciteit inzetten. Dit is, gezien de afbouw van de ex-post verevening, ook in het belang van de zorgverzekeraars zelf. Door de afbouw is het meer lonend om te investeren in schadelastbeheersing, waarvan de controle een onderdeel uitmaakt.

Plan van aanpak en risicoanalyse

Nagenoeg alle zorgverzekeraars hebben een actueel plan van aanpak gebaseerd op risicoanalyse. De reikwijdte en diepgang van de controleplannen en risicoanalyses varieert per zorgverzekeraar. Nog niet alle zorgverzekeraars sluiten aan op het onderscheid tussen algemene en specifieke controleplannen en risicoanalyses zoals voorgeschreven in de Regeling zorgverzekering.

Op basis van de risicoanalyse maken zorgverzekeraars een bewuste keuze voor de inzet van materiële controles. De keuze wordt vaak bepaald door de impact van het risico en de onderzoekscapaciteit. De NZa merkt op dat hierdoor niet alle risico's op overtredingen van de Wmg door zorgverzekeraars kunnen worden afgedekt. Voor verstrekkingen waar verhoudingsgewijs de kosten minder omvangrijk zijn, zoals voor de mondzorg en paramedische zorg, is het aantal materiële controles veelal beperkt.

Spiegelinformatie

De meeste zorgverzekeraars geven verder vorm aan het opzetten van instrumenten voor systematische analyses en spiegelinformatie. De NZa constateert hierbij dat de voortgang bij de implementatie van deze 'moderne controlemethodieken' traag is. De kwaliteit en omvang van de spiegels moet worden verbeterd.

Kleinere zorgverzekeraars die uitsluitend restitutiepolissen hanteren geven aan dat hun mogelijkheden voor het inzetten van materiële controles beperkt zijn. Zij steunen voor materiële controles in belangrijke mate op de periodieke declaratieoverzichten die worden verzonden aan verzekerden. De NZa heeft waar nodig verbetermaatregelen opgelegd. Een aantal kleine zorgverzekeraars heeft de wens geuit voor de ontwikkeling van spiegelinformatie en data analyse op landelijk niveau, bijvoorbeeld aan de hand van informatie vanuit Vektis.

Tijdigheid uitvoering materiële controles

De tijdigheid van de materiële controles blijft een aandachtspunt. Veel zorgverzekeraars wachten met de uitvoering van materiële controles totdat de declaratiestromen van zorgaanbieders nagenoeg volledig afgerond zijn. Hierdoor wordt de controle pas lange tijd na indiening van de declaraties uitgevoerd, met als gevolg dat het moeilijk is om (indien nodig) nog maatregelen te treffen richting zorgaanbieders en uitkomsten te betrekken bij de zorginkoop. Een knelpunt hierbij is dat de DBC-declaraties laat worden ontvangen. Dit geldt ook voor de DOT-declaraties, die zijn ingevoerd vanaf 1 januari 2012. Veel zorgverzekeraars hebben het signaal afgegeven dat zij ten tijde van het afronden van het onderzoek van de NZa (december 2012) nog nauwelijks DOT-declaraties hadden ontvangen.

Medisch specialistische zorg en GGZ

Zorgverzekeraars focussen bij medisch specialistische zorg en GGZ de controles veelal op de seriële en parallelle DBC's. Hierbij wordt gecontroleerd op niet toegestane samenloop of opeenvolgende verrichtingen. Dit soort controles vergen veel capaciteit van de zorgverzekeraars, waardoor de materiële controles op medisch specialistische zorg en GGZ niet altijd voldoende aandacht krijgen.

Oppakken van signalen

De NZa constateert op basis van casuïstiek dat zorgverzekeraars bij de materiële controle beperkt inspelen op signalen over mogelijke misstanden bij gedeclareerde zorg. De NZa constateert dat de zorgverzekeraars meer werk moeten maken van het oppakken van signalen.

Ontwikkelingen

Onder aansturing van ZN zijn plannen ontwikkeld voor het verbeteren van de samenwerking tussen zorgverzekeraars voor de formele controles. Op dit vlak lopen meerdere projecten gericht op een betere beheersing van de declaraties. Er worden technische controles uitgevoerd op declaraties door de controlemodule bij VECOZO. Daarnaast worden uniforme non-concurrentiële controles opgesteld voor verschillende sectoren, in 2012 voor de MSZ en in 2013 voor de GGZ. Voor ziekenhuiszorg en vanaf 2013 voor de GGZ loopt een project 'Verantwoord declareren en Horizontaal toezicht'. Het accent hierbij ligt op de declaratieprocessen bij de zorgaanbieders. Via certificering van declaratieprocessen krijgen zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars een waarborg voor de betrouwbaarheid van de declaratiestromen. Daarnaast worden de declaraties van de medisch specialistische zorg gecontroleerd m.b.v. de DOT Controlemodule. ZN heeft aangegeven dat door complexiteit van de regelgeving, benodigd draagvlak en beperkingen in capaciteit sprake is van een langdurig traject voor implementatie van alle verbeterplannen.

Het gezamenlijk uitvoeren van cq het samenwerken bij de uitvoering van materiële controles vormt nog een belangrijk aandachtspunt. Tot op heden is een gezamenlijke uitvoering van materiële controles niet van de grond gekomen omdat het standpunt van de zorgverzekeraars

voorsnog is dat deze controles concurrentieel zijn. In 2013 start wel een project waarbij onder aansturing vanuit ZN voor een beperkt aantal nog nader te bepalen aandoeningen wordt gezien, op basis van risicoanalyse, hoe zorgverzekeraars kunnen gaan samenwerken aan materiële controles.

Ook loopt er een project voor 'branchbrede detectie', waarbij als pilot door twee zorgverzekeraars voor de zorgsectoren GGZ en Farmacie databestanden van Vektis worden geanalyseerd. Uitkomsten hiervan zijn te verwachten in 2013.

Vervolgacties

De NZa neemt actie richting de individuele zorgverzekeraars via onder andere informatieverzoeken (verscherpt toezicht), het voeren van normoverdragende gesprekken met bestuurders en via het communiceren van verbeterpunten in individuele rapporten. Ook moet een aantal zorgverzekeraars aanvullende materiële controles uitvoeren over 2011. Daarnaast zal de NZa met ZN overleggen over de mogelijkheden tot samenwerking tussen de zorgverzekeraars om de uitvoering van de materiële controles naar een hoger niveau te tillen. Het betreft uitvoering van de wet die ook in het algemeen belang is. Dit kan slechts optimaal plaatsvinden als zorgverzekeraars hier maximaal in samenwerken. Zorgverzekeraars werken namelijk zelden exclusief met bepaalde zorgaanbieders, het gaat bijna altijd meerdere partijen aan.

De NZa heeft op basis van een nadere regel 'Controle en administratie zorgverzekeraars', die op 1 januari 2013 in werking is getreden, nadere voorschriften gegeven voor de uitvoering van controles en fraudeonderzoeken. Hiermee wordt ook voorzien in de mogelijkheden van verdere inzet van formele handhavingsinstrumenten.

3.4 Conclusie materiële controle

De NZa vindt dat de zorgverzekeraars tijdig materiële controles moeten starten en afronden, waaronder controles gericht op medisch specialistische zorg en ggz. Spiegelinformatie en datamining moeten beter worden benut en signalen gestructureerd opgepakt.

Voor 16 zorgverzekeraars loopt er een verbetertraject vanuit het onderzoek 2010. De NZa heeft naar aanleiding van het onderzoek 2011 2 informatieverzoeken, inclusief herstelplannen, opgelegd aan de zorgverzekeraars die de materiële controles onvoldoende hebben uitgevoerd.

4. Misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O)

4.1 Inleiding

Zorgverzekeraars hebben een taak in de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O, ook wel aangeduid als zorgfraude). Omdat M&O en materiële controles zeer nauw met elkaar verwant zijn heeft de NZa beide onderwerpen in één onderzoek uitgevoerd, waarbij is samengewerkt met DNB (zie voorgaande hoofdstuk).

Voor het proces bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik heeft de NZa de volgende aspecten in het onderzoek betrokken:

- de organisatie;
- de opzet van het proces;
- de uitvoering van het proces;
- de genomen maatregelen op de naleving van de afspraken die de zorgverzekeraars hebben gemaakt in protocollen en convenanten van het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland.

Voor de analyse van de bestrijding van zorgfraude is tevens gebruik gemaakt van de resultaten van de jaarlijkse fraude-enquête 2011 van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

De zorgverzekeraars maken hierbij onderscheid tussen zorgfraude, waarvoor opzet aangetoond moet worden, en onrechtmatigheid via materiële en formele controles, waarvoor het aantonen van opzet geen vereiste is. Vanuit de Wmg gezien is dit onderscheid niet relevant: het is van belang dat onterechte vergoedingen worden voorkomen en/of teruggedraaid. Het onderscheid is wel van belang voor de vervolgacties die zorgverzekeraars nemen. Deze zijn bij het vaststellen van zorgfraude stringenter.

4.2 Bevindingen M&O

Resultaten zorgfraude

Uit de fraude-enquête 2011 van ZN blijkt dat zorgverzekeraars de volgende resultaten en maatregelen op het gebied van zorgfraude hebben geboekt:

Tabel 4. Aantallen en omvang zorgfraude

Aantal onderzochte vermoedens van fraude	2.776
Aantal vastgestelde fraudezaken	393
Omvang fraude Zvw	Ca. € 5 mln.

Bron: rapport fraudebeheersingsbeleid ZN 2011

Op het totaal aan uitgaven voor de Zvw voor 2011 ad € 35,9 miljard is 0,01% aan zorgfraude vastgesteld voor de Zvw. De NZa constateert een groot verschil tussen het aantal onderzochte en vastgestelde fraudezaken. Uit de interviews met zorgverzekeraars blijkt dat voor veel signalen geen fraude kan worden vastgesteld omdat wet- en regelgeving niet altijd duidelijk is en/of opzet niet te bewijzen is.

Daarnaast ziet de NZa als mogelijke verklaring voor het relatief lage frauderesultaat een relatie tussen de vaak beperkte capaciteit die wordt ingezet voor fraudeonderzoeken, het ontbreken van een duidelijke prioritering via risico-analyse en de wijze waarop moderne controletechnieken zoals datamining nog verder moeten worden ontwikkeld bij de zorgverzekeraars.

Organisatie

De onderzoeken naar zorgfraude (AWBZ en Zvw) zijn veelal belegd bij specifiek hiervoor opgerichte zelfstandige afdelingen onder leiding van een coördinator fraudebestrijding. Kleinere zorgverzekeraars hebben vaak geen afzonderlijke afdeling. Bij één zorgverzekeraar is de functie van coördinator fraudebestrijding in deeltijd als neventaak vervuld. Bij nagenoeg alle zorgverzekeraars is een ontwikkelingstraject gestart om de organisatie van fraudeonderzoeken beter vorm te geven. Thema's hierbij zijn o.a.: professionaliseren van fraudebeheersing, integraal opnemen van fraudebeheersing in bedrijfsprocessen, aanscherpen van risico-analyses en inzet van moderne controlemethodieken, waaronder datamining.

De omvang van de afdelingen belast met onderzoek naar zorgfraude is een belangrijk aandachtspunt. Hoewel er geen (wettelijke) normen voor de omvang van een fraudeafdeling zijn, leidt de NZa aan de hand van de capaciteit voor de fraudeafdelingen af dat bij veel zorgverzekeraars sprake is van een beperkte bezetting: van 0,5 fte tot 15 fte. De NZa heeft meerdere zorgverzekeraars aangesproken op de (te) beperkte capaciteit en op de noodzaak tot het verder professionaliseren van de fraudeafdelingen.

De positie van fraudeafdelingen binnen de organisatie is niet zodanig dat de coördinator fraudebestrijding zelfstandig kan bepalen naar welke risico's en signalen onderzoek wordt ingesteld. De coördinator wordt over het algemeen pas ingeschakeld nadat op uitvoerende afdelingen een vermoeden van fraude wordt geconstateerd. Naar mening van de NZa moet de coördinator fraudebestrijding, wegens zijn specifieke expertise, eerder in het proces worden betrokken, zowel bij het opstellen van de risicoanalyses als bij de evaluatie van de uitkomsten uit materiële controles.

Opzet proces

Zorgverzekeraars onderkennen de noodzaak voor een risicogerichte aanpak van controles. Dit krijgt vaak vorm bij het bepalen van de formele en materiële controles. Specifieke frauderisico's zijn hierin niet altijd concreet opgenomen. Dit komt naar mening van de NZa doordat de coördinatoren fraudebestrijding onvoldoende worden betrokken bij de risicoanalyses. Voor de identificatie van frauderisico's geldt dat dit beter geïntegreerd dienen te worden in de uitvoering van de processen, zodat bestrijding van zorgfraude integraal onderdeel uitmaakt van de bedrijfsvoering.

Zorgverzekeraars stellen voor fraudeonderzoeken vaak een plan van aanpak op. De actualiteit van deze plannen en de risicoanalyse vormen aandachtspunten bij veel zorgverzekeraars. Een aantal kleinere zorgverzekeraars hebben nog geen plan van aanpak voor bestrijding van zorgfraude.

Uitvoering proces

Zorgverzekeraars voeren fraudeonderzoeken vooral uit ná ontvangst van signalen over zorgfraude. Van een planmatige uitvoering op basis van risico's is, zoals hiervoor aangegeven, nauwelijks sprake.

Fraudeafdelingen besteden veel capaciteit aan fraudezaken rondom het Persoonsgebonden Budget (PGB) in de AWBZ. Onderzoeken naar andere vormen van zorgfraude, waaronder voor de Zvw, krijgen hierdoor minder prioriteit.

Moderne controletechnieken

Bij de opzet van de fraudeonderzoeken vormt de inzet van moderne controletechnieken (o.a. datamining) een aandachtspunt. Over datamining is eerder een rapport verschenen van Grant Thornton¹⁶. Zorgverzekeraars onderkennen de noodzaak tot inzet van moderne controlemiddelen en maken in toenemende mate gebruik van bijvoorbeeld spiegelinformatie. Zoals in hoofdstuk 3 aangegeven moet de kwaliteit en omvang van de spiegels verder worden verbeterd. Vooral de grotere zorgverzekeraars oriënteren zich op de inzet van software voor datamining, maar hebben dat dus nog niet voldoende uitgerold. Kleinere zorgverzekeraars geven aan het opstellen van spiegelinformatie en het toepassen van datamining wegens een kleinere schademassa (per zorgaanbieder) lastiger te vinden.

Maatregelen na vaststelling van zorgfraude:

ZN heeft in samenwerking met de zorgverzekeraars in juli 2009 een Sanctiebeleid opgesteld. Voor het opleggen van sancties bij fraudezaken wordt een model gehanteerd waarbij op basis van aard en omvang van de fraude, naar zwaarte in vier categorieën, maatregelen worden getroffen. De NZa stelt vast dat de zorgverzekeraars in de geconstateerde fraudezaken in beperkte mate maatregelen hebben getroffen die onder de zwaarste categorie vallen. De zorgverzekeraars stellen vrijwel altijd een terugvordering in. Echter, slechts in 13,1% van de fraudezaken heeft registratie in het Extern Verwijsregister plaatsgevonden en voor 8,2% is aangifte gedaan bij de politie/OM. Uit interviews met zorgverzekeraars blijkt dat dit onder andere komt door de toepassing van het model voor het sanctiebeleid. Daarnaast doen zorgverzekeraars vaak geen aangifte bij de politie omdat zij hiermee teleurstellende ervaringen hebben doordat zaken niet worden opgepakt of snel worden geseponeerd. De NZa stelt zich op het standpunt dat het sanctiebeleid moet worden geactualiseerd in die zin dat stringenter maatregelen moeten worden getroffen. De NZa zal hierover in overleg treden met ZN.

Ontwikkelingen

In 2011 en 2012 is er een aantal ontwikkelingen geweest op het terrein van M&O. In februari 2011 is een Convenant aanpak verzekeringsfraude ondertekend door ZN, het Verbond van Verzekeraars, Politie en OM. Dit Convenant vormt de basis voor de route van meldingen van zorgfraude door zorgverzekeraars naar ZN en vervolgens naar het Fraudeloket CBV van het Verbond van Verzekeraars en de NZa. De NZa bespreekt meldingen van fraude door zorgaanbieders, die voldoende informatie bevatten, voor eventuele bestuursrechtelijke of strafrechtelijke handhaving in het Tripartiete overleg met OM en FIOD. Aanvullend op dit convenant heeft ZN met zowel het Verbond als met de NZa een convenant opgesteld om de samenwerking rondom het meldproces te regelen.

De NZa is met ZN in overleg om het meldingsproces te optimaliseren. De ervaring over 2012 is dat niet alle zorgverzekeraars fraudezaken melden volgens de geldende procedure. Het aantal meldingen en de kwaliteit hiervan verdient verbetering.

¹⁶ Datamining bij fraudebestrijding door zorgverzekeraars, Grant Thornton, februari 2012.

Het Verbond en ZN hebben in 2011 gezamenlijk het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit ontwikkeld, dat in december 2011 is ondertekend. In dit protocol zijn richtlijnen aan de (zorg)verzekeraars gegeven voor preventie, detectie en repressie van verzekeringsfraude.

Bij ZN is begin 2012 het Kenniscentrum fraudebeheersing in de zorg van start gegaan. Een belangrijke taak van het Kenniscentrum is de coördinatie van fraudemeldingen. Afstemming van fraudezaken van zorgaanbieders met de NZa maakt hier onderdeel van uit. Dit proces moet nog worden gestroomlijnd voor de bruikbaarheid van de meldingen en de beoogde totstandkoming van risicoanalyses.

In november 2012 is de basisopleiding Fraudebeheersing in de Zorg voor coördinatoren fraudebeheersing en onderzoekers van start gegaan.

ZN en het Verbond hebben een monitor ontwikkeld om de naleving van de verplichtingen uit het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit te meten. De pilot hiervoor gaat in de december 2012 van start. Na evaluatie wordt de monitor aan alle verzekeraars aangeboden. Het Kenniscentrum van ZN stelt met ingang van 2013 spiegelinformatie voor zorgverzekeraars en trendrapportages voor ketenpartners op.

Bij de NZa is een Verzamelpunt zorgfraude in ontwikkeling. Het verband tussen het Kenniscentrum van ZN en het Verzamelpunt van de NZa is het volgende. Het Kenniscentrum verzamelt signalen over fraude bij de aangesloten zorgverzekeraars. Deze signalen kunnen vervolgens aan de NZa en andere instanties worden doorgegeven via het verzamelpunt zorgfraude van de NZa. Het Verzamelpunt opereert 'achter de schermen' terwijl het Kenniscentrum ook een rol heeft in bijvoorbeeld voorlichting over fraudebestrijding.

De ontwikkelingen en maatregelen op het terrein van zorgfraude zijn onderwerp van overleg in het periodieke overleg van de onder leiding van VWS ingestelde 'Regiegroep Fraudebestrijding', met ingang van 1 januari 2013 de 'Taskforce Integriteit Zorgsector'. Van dit overleg, dat een toenemende rol speelt in de fraudebeheersingsketen in de zorg, vormen VWS, de NZa en ZN de agendacommissie.

Standpunt NZa kosten onrechtmatige prestaties

De NZa hanteert als algemeen uitgangspunt dat kosten van prestaties, die niet rechtmatig zijn, niet ten laste van de Zvw gebracht mogen worden. Dit vloeit voort uit artikel 35 Wmg¹⁷. Voor wat betreft het corrigeren van onrechtmatige kosten geldt dat de zorgverzekeraar alle geconstateerde fouten moet corrigeren in de jaarstaat (zie hoofdstuk 2.2 van het Protocol Vereveningsonderzoek).

¹⁷ Lid 1: Het is een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen:

- a. dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel b, is vastgesteld;
- b. dat niet ligt binnen de tariefruimte die op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel c, voor de betrokken prestatie is vastgesteld;
- c. voor een prestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel d, is vastgesteld;
- d. voor een prestatie waarvoor een andere prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel d, is vastgesteld;
- e. anders dan op de wijze die overeenkomstig deze wet is vastgesteld.

Lid 3: Het is een ziektekostenverzekeraar verboden een tarief als bedoeld in het eerste lid, te betalen of aan derden te vergoeden.

In de specifieke 'casus Europsyche' heeft de NZa in het rapport van een zorgverzekeraar opgenomen dat de genomen acties van de zorgverzekeraar positief zijn beoordeeld en door de NZa worden gezien als een voorbeeld van een actief controlebeleid. De NZa stelt dat de eventuele ontvangst van de ingestelde vordering bij de curator¹⁸ wegens de geconstateerde onrechtmatigheden, voor zover deze betrekking heeft op de kosten van prestaties, in mindering moet worden gebracht op de kosten van prestaties op het moment dat deze worden ontvangen. In deze situatie is dus een standpunt ingenomen die afwijkt van de hoofdlijn dat alle onrechtmatige bedragen moeten worden gecorrigeerd en niet alleen voor zover een vordering leidt tot een ontvangst. Het standpunt is gebaseerd op de specifieke casuïstiek en de goede wijze van afhandeling van een signaal van onrechtmatige declaratie van zorgkosten. Overigens zal de afwikkeling van deze casus bij de andere zorgverzekeraars ook plaatsvinden.

De NZa merkt op dat de zorgverzekeraar een maatschappelijk belang dient. Daarnaast is het vanuit schadelastbeheersing in het belang van de zorgverzekeraar om onjuistheden te detecteren en te corrigeren. De zorgverzekeraar heeft een financieel belang en dit belang wordt groter naarmate de ex-post verevening wordt afgebouwd.

De zorgverzekeraars hebben hierdoor een prikkel om zorg te dragen voor een goede schadelastbeheersing en detectie en correctie van onrechtmatige declaraties.

4.3 Conclusie M&O

Zorgverzekeraars ontplooiën in toenemende mate activiteiten voor de bestrijding van zorgfraude. Wel is de NZa van mening dat de bestrijding van zorgfraude nog meer aandacht behoeft en de zorgverzekeraars de bestrijding van M&O moeten verbeteren. De belangrijkste verbeterpunten zijn de verhoging van de capaciteit en het toepassen van moderne controlemethodieken (waaronder datamining en de verdere uitrol van spiegelinformatie), een meer planmatige aanpak en het stringenter toepassen van maatregelen na constatering van zorgfraude.

De NZa heeft 14 zorgverzekeraars, die het proces m&o onvoldoende hebben uitgevoerd, een informatieverzoek inclusief herstelplan opgelegd.

¹⁸ Europsyche is in een faillissement beland.

5. Gepast gebruik

5.1 Inleiding

De NZa besteedt vanaf het vereveningsonderzoek 2010 extra toezichtaandacht aan (on)gepast gebruik van zorg die ten laste van de Zvw wordt gefinancierd. Gepast gebruik bestaat uit drie onderdelen:

- de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk (effectieve zorg);
- een verzekerde heeft alleen aanspraak op de verzekerde zorg, als hij daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen (indicatie, principes van stepped care);
- tevens geldt er voor een aantal vormen van zorg indicatievoorwaarden.

De NZa betreft gepast gebruik op systeemniveau in haar toezicht. De NZa houdt dus geen toezicht op of *elke individuele nota* voldoet aan gepast gebruik van zorg en stelt deze eis ook niet aan de controle door zorgverzekeraars.

Nadere toelichting stand wetenschap en praktijk

Zorg, die niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' is op grond van de Zvw geen verzekerde prestatie. De stand van de wetenschap en praktijk refereert aan de bewezen effectiviteit van zorg. Onder andere het CVZ publiceert regelmatig standpunten of verrichtingen voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Om vast te stellen of zorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk volgt het CVZ de principes van evidence based medicine (EBM). Bepalend voor deze keuze is dat EBM de beide elementen combineert die in het criterium zijn opgenomen: wetenschap en praktijk, die samen één geïntegreerde wettelijke maatstaf vormen.

Nadere toelichting op redelijkerwijs aangewezen

Bij redelijkerwijs aangewezen zijn de principes van stepped care van belang. Stepped care houdt in dat een bepaalde volgorde in de zorg wordt aangehouden. Dat pas naar een zwaarder, ingrijpender of duurder middel wordt overgegaan als een minder zwaar, ingrijpend of goedkoper middel geen (verwacht) effect heeft. Een beperkte, eenvoudige behandeling wordt als eerste ingezet¹⁹, en pas als deze niet (voldoende) effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende (duurdere) interventie.

Een knelpunt is in de praktijk dat aan de hand van de declaratie vaak niet goed af te leiden of de zorg binnen de geldende voorwaarden is verleend. Ook ontstaan over het aspect redelijkerwijs aangewezen regelmatig discussies tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, omdat in de richtlijnen het niet altijd eenduidig is genormeerd. Hierdoor is het voor zorgverzekeraars complexer om repressieve maatregelen te nemen richting de zorgaanbieder. De NZa pleit voor een goede mix tussen preventieve en repressieve maatregelen.

Nadere toelichting op indicatievoorwaarden

In de Zvw is voor een aantal verzekerde prestaties indicatievoorwaarden aangegeven. De zorg is alleen door de Zvw gedekt als de zorg toegepast wordt bij de nader genoemde indicaties.

¹⁹ Uiteraard is een en ander afhankelijk van de gestelde indicatie en lenen niet alle zorgvragen zich voor een stepped care benadering.

Gefaseerde uitrol toezicht gepast gebruik

De NZa heeft het toezicht op gepast gebruik gefaseerd uitgerold. Over 2010 was er een uitvraag zonder accountantsproduct in het Uitvoeringsverslag over de Stand van de wetenschap en praktijk. Voor 2011 is dit aangescherpt. Zorgverzekeraars moesten zich in het Uitvoeringsverslag uitgebreider verantwoorden over de Stand van de wetenschap en praktijk én er is een accountantsproduct aan gekoppeld (rapport van feitelijke bevindingen). Ook moesten de zorgverzekeraars zich verantwoorden in het Uitvoeringsverslag over het aspect redelijkerwijs aangewezen. Hieraan wordt vanaf 2012 een rapport van feitelijke bevindingen gekoppeld met als inlevertermijn 1 juli 2013.

De NZa gaat onderzoeken of en zo ja hoe voor 2013 het aspect stand van de wetenschap en praktijk betrokken kan worden in de normstelling voor de controleverklaring (oplevering in 2014). De inspanningsverplichting zou dan verschuiven naar een resultaatsverplichting. De NZa gaat hiervoor het overleg met betrokken partijen, waaronder zorgverzekeraars, accountants, VWS en CVZ, aan. Indien het mogelijk is, gaat de NZa over tot invoering.

5.2 Bevindingen

Zorginkoop

Zorgverzekeraars betrekken gepast gebruik in toenemende mate bij de zorginkoop. Zo wijst een aantal zorgverzekeraars er in de contracten met zorgaanbieders op dat gedeclareerde zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook selectieve inkoop begint mondjesmaat van de grond te komen. De plan-do-check-act cyclus tussen uitkomsten uit signalen, materiële en formele controles, dossier- en fraude onderzoeken enerzijds en de mogelijkheden om via zorginkoop preventief risico's te mitigeren anderzijds is bij veel zorgverzekeraars echter nog sterk voor verbetering vatbaar.

Risico-analyse

Zorgverzekeraars betrekken risico's over gepast gebruik in toenemende mate in de structurele risico-analyses. Dit gebeurt echter nog niet altijd even expliciet. De dossiervoering moet bij diverse zorgverzekeraars verder worden verbeterd. Zorgverzekeraars kiezen meestal deelterreinen waar ze extra aandacht aan besteden. Vaak wordt aangesloten op aandoeningen die in Pincet²⁰-verband zijn onderkend of praktijkvariaties die via ZN/Vektis zijn opgesteld. Daarnaast vinden aanvullend controles plaats. Verder betrekken zorgverzekeraars gepast gebruik in de uitvoering bij de materiële controles. De intensiteit hiervan is een aandachtspunt. Veel zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij de risico-analyse en uitvoering over 2012 gaan intensiveren.

Spiegelinformatie

Evenals geconstateerd bij materiële controles (hoofdstuk 3) en M&O (hoofdstuk 4) moeten zorgverzekeraars moderne controletechnieken als spiegelinformatie en datamining nog verder ontwikkelen. Vrijwel alle zorgverzekeraars zetten hier wel stappen in.

Beheersmaatregelen

Zorgverzekeraars zetten diverse beheersmaatregelen in om gepast gebruik te borgen. Te denken valt aan machtigingsprocedures, spiegelinformatie, materiële controles, (selectieve) inkoop,

²⁰ Project intensivering controle en toezicht, onder aansturing van VWS.

volumeafspraken, inzet medisch adviseurs, maximeren aantal behandelingen in polisvoorwaarden.

DOT

Per 1 januari 2012 is het nieuwe declaratiesysteem voor medisch specialistische zorg, genaamd DOT, ingevoerd. Hierbij zijn de ruim 30.000 DBC's vervangen door 4.400 verbeterde DBC-zorgproducten. Ten opzichte van het oude DBC-systeem zijn met de invoering van DOT op het gebied van betaalbaarheid van de zorguitgaven stappen voorwaarts gezet. Enkele voorbeelden hiervan betreffen²¹:

- binnen DOT vindt typering en automatische afleiding van de zorgproducten plaats op basis van uniforme beslisregels (middels een grouper). Hiermee heeft de afleiding van DBC-zorgproducten minder vrijheidsgraden dan de validatiemodulen die binnen het oude DBC-systeem gebruikt werden om tot DBC's te komen;
- ook is binnen de DOT-productstructuur sprake van geüniformeerde, automatische afsluitregels. Dit brengt doelmatigheidsprikkels met zich mee, vermindert de interpretatieruimte en verlaagt de administratieve lasten;
- de DOT-productstructuur is specialisme overstijgend van opzet, met een limitatieve lijst aan uitzonderingen op specialismenniveau. Hierdoor ontstaat er een meer generieke set aan spelregels, die meer eenduidig en transparant is;
- het aantal DBC-zorgproducten waarover onderhandeld wordt is afgenomen. Hierdoor zijn de onderhandelingslasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars substantieel afgenomen. Ook zijn de controlelasten voor de zorgverzekeraars afgenomen vanwege de reductie van het aantal DBC-zorgproducten en door verbetering van de uniformiteit van de DBC-zorgproducten.
- per 1 januari 2012 zijn verbeterlagen in de regelgeving voor de medisch specialistische zorg doorgevoerd. De beleidsregels en regelingen zijn in aantal afgenomen en in helderheid toegenomen. De nieuwe verbeterde regels maken ook eenduidiger wanneer en onder welke voorwaarden zorgproducten gedeclareerd mogen worden;
- de informatie die verplicht door zorgaanbieders op DBC declaraties moet worden opgenomen is beter afgestemd op de informatiebehoefte van zorgverzekeraars. Hiermee kunnen zij hun controletaak beter oppakken.

De komende tijd wordt gewerkt aan verdere doorontwikkeling van het DOT-systeem om ervoor te zorgen dat het DOT-systeem nog transparanter en beter controleerbaarder wordt voor zorgverzekeraars. Door bijvoorbeeld meer onderscheid aan te brengen tussen verzekerde en onverzekerde zorg wordt het transparanter welke zorg ten laste van de verevening ingebracht kan worden, en welke zorg ten onrechte als verzekerde zorg wordt gedeclareerd. Verder worden de definities voor zorgactiviteiten aangescherpt. Ook wordt de informatie die zorgaanbieders bij declaratie van zorgproducten op de nota moeten vermelden uitgebreid en/of aangescherpt. Op deze manier kunnen zorgverzekeraars effectiever optreden in hun controles.

Marktscan medisch specialistische zorg

Uit de Marktscan medisch specialistische zorg, november 2012, van de NZa komt naar voren dat de helft van de omzetgroei van ziekenhuizen wordt veroorzaakt door het behandelbeleid van specialisten en ziekenhuizen. Patiënten worden eerder behandeld dan voorheen of krijgen een meer intensieve en dus duurdere behandeling. Dit kan voor een deel verklaard worden door de inzet van duurdere technologieën.

²¹ Zie ook 'Beoordeling productstructuur DOT', NZa, april 2011 en 'Definitieve beoordeling DOT', NZa, juni 2011.

De NZa heeft in de marktscan de volledige DBC-omzet opgesplitst naar patiëntengroepen. Daaruit blijkt dat behalve door het verschil in behandelpraktijk de groei van de omzet ook wordt veroorzaakt door een toename van het aantal patiënten en hogere prijzen voor behandelingen. Het is aan zorgverzekeraars om de verschillen in behandelpraktijk met ziekenhuizen te bespreken en mee te nemen bij de inkoop van zorg.

De omzetgroei van ziekenhuizen in 2010-2011 was lager dan in voorgaande jaren; namelijk 3,4%. Dat is een breuk met voorgaande jaren, van 2006 tot 2010 was deze groei jaarlijks 6 à 7 %. De ambitie van ziekenhuizen en verzekeraars is om de groei van de ziekenhuiskosten in 2012 te beperken tot 2,5%.

Correct declareren

Eén van de problemen die de NZa onderkent in de medisch specialistische sector betreft het niet correct declareren in de vorm van overregistratie. Diverse wetenschappelijke studies, maar ook signalen die de NZa heeft ontvangen, tonen aan dat dit moet worden beschouwd als één van de risico's waardoor de betaalbaarheid van zorg in het geding kan komen. Overregistratie leidt voor de individuele consument en voor de samenleving als geheel tot een ongewenste toename van de kosten in de medisch specialistische zorg. Daarnaast impliceert overregistratie ook – nu het Budgettair Kader Zorg (BKZ) leidend is – dat voor behandelingen door andere zorgaanbieders, en dus voor andere patiënten, minder middelen beschikbaar zullen zijn. Meningingen over de exacte cijfers van de omvang van het probleem lopen uiteen.

De NZa zet bij het tegengaan van overregistratie vooral in op de verantwoordelijkheid en inzet van (brancheorganisaties van) zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Middels afspraken (bijvoorbeeld casemix-overeenkomsten) kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders overeenkomen dat de kosten voor medisch specialistische zorg beheersbaar blijven en samen zorgen voor effectievere inzet van middelen. Basis daarvoor is dat er een betere interne afstemming bij de zorgverzekeraar plaatsvindt tussen de afdelingen die zich bezig houden met zorginkoop, contractbeheer en controles. Ook uitbreiding van het machtigingenportaal, afspraken maken over controle en verantwoording voorin de keten, alsook andere vormen van innovatieve zorginkoop dragen bij aan de afname van overregistratie.

Naast bovengenoemde zijn in algemene zin ook de bestands- en risicoanalyses die zorgverzekeraars opstellen voor sterke verbetering vatbaar. Zo worden datamining-tools door de meeste verzekeraars niet of nog onvoldoende ingezet. (zie ook hoofdstuk 3 en 4)

Ook treedt de NZa rechtstreeks op tegen zorgaanbieders waarvan het sterke vermoeden bestaat dat zij zich schuldig maken aan foutief declareren. Een recent voorbeeld daarvan is het onderzoek naar niet correct declareren dat de NZa in december 2012 heeft ingesteld bij een ziekenhuis. Daarnaast is de NZa in overleg met de diverse brancheverenigingen over declaratiegedrag en de rol die zij kunnen vervullen bij het tegengaan van overregistratie.

5.3 Conclusie

De verbeterpunten die de NZa signaleert voor gepast gebruik zijn vooral een meer expliciete dossievoering, intensivering van de risico-analyses en vervolgstappen voor gepast gebruik en vooral redelijkerwijs aangewezen, een betere link tussen de uitkomsten van controles en

zorginkoop en de inzet van spiegelinformatie en moderne controletechnieken als datamining.

De NZa heeft 16 zorgverzekeraars, die zich in 2011 onvoldoende hebben ingespannen voor gepast gebruik, een informatieverzoek inclusief herstelplan opgelegd

6. Structurele maatregelen wanbetalers

6.1 Inleiding

De Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers regelt de overdracht van wanbetalers met een premie-achterstand van meer dan zes maanden aan het CVZ. De zorgverzekeraars moeten bij een betalingsachterstand van twee respectievelijk vier maanden zogenaamde twee- en viermaandsbrieven verzenden aan wanbetalers, waarin onder andere wordt aangekondigd dat na zes maanden wordt overgegaan tot overdracht van de incasso van de nominale premie aan het CVZ. Het CVZ kan na overdracht een broninhouding toepassen en/of het CJIB inschakelen om de achterstanden te innen. De NZa houdt toezicht op de werkzaamheden die de zorgverzekeraar in dit kader uitvoert. De NZa houdt geen toezicht op de uitvoering van de werkzaamheden die bij het CVZ plaatsvinden. Dat vindt door of namens de Minister plaats. In het Uitvoeringsverslag Zvw 2011 legt de zorgverzekeraar verantwoording af over de naleving van de Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers. De accountant van de zorgverzekeraar doet hiernaar onderzoek en geeft zijn bevindingen weer in het Rapport van feitelijke bevindingen bij het Uitvoeringsverslag.

6.2 Bevindingen

Geen deelname

Twee zorgverzekeraars voeren de regeling niet uit. Eén zorgverzekeraar hiervan heeft aangegeven vanaf 2013 de regeling te zullen uitvoeren. Het is niet verplicht deel te nemen aan de regeling. Wel vindt de NZa het minder gewenst als zorgverzekeraars niet deelnemen aan de Wet Structurele Maatregelen Wanbetaler, omdat dit mogelijk ongewenste effecten heeft op de zorgverzekeringsmarkt. Het effect is namelijk dat de zorgverzekeraar de verzekerden met een betalingsachterstand niet aanmeldt bij het CVZ, maar versneld uitschrijft. Deze verzekerden moeten zich vervolgens weer verplicht verzekeren (bij een andere zorgverzekeraar). Als dit op grotere schaal plaats vindt ontstaat er een carrousel van verzekerden met betalingsachterstanden, terwijl de structurele maatregelen wanbetalers achterwege blijven.

Te late aan- en afmeldingen

De eerste acht maanden van 2011 heeft een zorgverzekeraar de Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers niet conform de wetgeving kunnen uitvoeren als gevolg van de implementatie van een nieuw geautomatiseerd systeem. Hierdoor is er sprake geweest van te late aan- en afmeldingen. De zorgverzekeraar heeft hierover nadere afspraken gemaakt met het CVZ. De zorgverzekeraar heeft de verzekerden, die ten onrechte een boetepremie opgelegd hebben gekregen, financieel gecompenseerd.

Voorbehoud compensatiebedragen

Bij één zorgverzekeraar heeft de NZa naar aanleiding van de onderzoeksbevindingen een voorbehoud opgenomen voor de compensatiebedragen die de verzekeraar ontvangt van het CVZ. De zorgverzekeraar moet de geconstateerde bevindingen kwantificeren.

Verbetermaatregelen

De belangrijkste verbetermaatregelen hebben betrekking op:

– Debiteurenbeheer

Het debiteurenbeheer van enkele zorgverzekeraars vertoont nog onvolkomenheden, bijvoorbeeld de effectiviteit van de 'key controls' en de kwaliteit van de informatieaanlevering.

– Ontvangsten van incassobureaus en deurwaarders

Enkele zorgverzekeraars hebben in 2011 onvoldoende inzicht in de actuele ontvangsten door incassobureaus en deurwaarders. Hierdoor is niet geborgd dat aanmelding bij het CVZ uitsluitend plaatsvindt als de premieschuld is opgelopen tot zes of meer maandpremies of dat afmelding door de zorgverzekeraar bij het CVZ tijdig genoeg plaatsvindt. Zorgverzekeraars moeten in 2012 verbetermaatregelen nemen om te garanderen dat er inzicht wordt verkregen in de actuele ontvangsten van incassobureaus en deurwaarders.

– Eigen adres, adres onbekend

Zorgverzekeraars dienen maatregelen te nemen om te borgen dat verzekerden uitgeschreven worden indien, na voldoende onderzoek, geen juist adres is verkregen. Dit om te voorkomen dat er onterechte aanmeldingen bij het CVZ plaatsvinden. Bij enkele zorgverzekeraars is deze procedure in 2011 onvoldoende ingericht.

– Volmachten

Bij 1 volmacht kan onvoldoende worden vastgesteld dat de Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers volledig en tijdig wordt nageleefd. Hiervoor moeten de zorgverzekeraars die werken met die volmachten verbetermaatregelen treffen.

6.3 Conclusie

In de Zvw is aangegeven dat de NZa een uitspraak moet doen of er aanleiding is voor een vermindering van het compensatiebedrag dat de zorgverzekeraar ontvangt van het CVZ. De NZa concludeert dat de bevindingen uit het onderzoek niet leiden tot een vermindering van het compensatiebedrag. Voor één zorgverzekeraar is hiertoe een voorbehoud gemaakt.

7. Jaarstaat A: kosten van prestaties

7.1 Inleiding

De jaarstaat Zvw 2011, onderdeel A, bevat een verzameling (financiële) informatie over kosten van prestaties (zie hoofdstuk 7), betalingsachterstanden, uitvoering van de boeteregeling en gedeerde premie-inkomsten van gedetineerden (zie hoofdstuk 8). Bij de jaarstaat, die vóór 1 juni 2012 moest worden ingediend, geeft de externe accountant een controleverklaring af en geeft het bestuur van de zorgverzekeraar een bestuursverklaring af.

7.2 Bevindingen

Procesverbetering

De NZa heeft bij meerdere zorgverzekeraars additionele onjuistheden en/of onzekerheden geconstateerd en diverse verbetermaatregelen opgelegd. Daarbij gaat het vooral om benodigde verbeteringen voor diepgang van de risico-analyses, verrichten van plausibiliteitscontroles op output (bijvoorbeeld verbandscontroles en diepgaande cijferanalyses), bewaking van foutopvolging, volledigheid van de foutentabel, raming van balansposten, registratie van bonussen en kortingen en de benodigde intensivering van controles.

De NZa heeft 4 zorgverzekeraars een informatieverzoek, inclusief herstelplan opgelegd. Voor 7 zorgverzekeraars loopt nog een verbeterplan naar aanleiding van het onderzoek 2010.

Onjuistheden en onzekerheden 2009

De NZa heeft geconstateerd dat onjuistheden en onzekerheden over het jaar 2009 niet bij alle zorgverzekeraars volledig zijn afgewikkeld en heeft in de individuele rapporten diverse correcties over 2009 opgenomen. Dit houdt verband met de kostendefinitie die het CVZ hanteert: schade moet uiterlijk in jaar t+2 zijn afgewikkeld. De NZa adviseert het CVZ in de desbetreffende rapporten correcties ter hoogte van € 23,2 mln. te betrekken bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage.

Onjuistheden en onzekerheden 2010

In de Jaarstaat 2011 resteert in totaliteit voor de jaarkolom 2010 € 76,4 mln. aan onjuistheden en onzekerheden (0,22% van het totaal van de kosten van prestaties 2010). Voor het overgrote deel bestaat het uit nog uit te zoeken onzekerheden.

Herziening Jaarstaat, onderdeel A

Bij 5 zorgverzekeraars heeft de NZa zo veel onjuistheden in de jaarstaten aangetroffen dat de NZa heeft opgedragen herziene jaarstaten, inclusief nieuwe bestuursverklaringen en assurance rapporten aan te leveren. De betreffende zorgverzekeraar heeft dit gedaan. De totale correctie in de Jaarstaat 2011 voor de jaarkolommen 2009, 2010 en 2011 bedraagt in absolute zin € 490,1 mln. Voor ruim 90% bestaat deze correctie uit verschuivingen tussen posten in de financiële verantwoordingen (onjuiste rubriceringen) en voor het overige vooral uit neerwaartse schadelastcorrecties. De verschuivingen hebben effect op de vereveningsbijdragen van het CVZ. Daarom vindt de NZa het ook bij onjuiste rubriceringen van belang dat deze worden gecorrigeerd en niet meer optreden. De NZa heeft voor deze 5 zorgverzekeraars een boete-onderzoek opgestart.

Nauwkeurigheidstolerantie 2011

Bij meer dan de helft van de zorgverzekeraars heeft de NZa aanvullende informatie opgevraagd om aan te tonen dat het totaal van de geconstateerde (inclusief de additionele door de NZa geconstateerde) onjuistheden en onzekerheden voor de kosten van prestaties binnen de nauwkeurigheidstolerantie van 3% blijft. De zorgverzekeraars hebben de benodigde informatie aangeleverd. Op basis hiervan heeft de NZa voor de zorgverzekeraars geconcludeerd dat de opgaven juist zijn, met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie van 3%.

In een aantal gevallen was het een proces met een moeizame totstandkoming. De NZa vindt dat de uitkomsten van formele en materiële controles in deze gevallen beter moeten worden gekwantificeerd en transparanter moeten worden betrokken in de evaluatie van de controle. Hierbij gaat het niet alleen om de uitgevoerde controles, maar ook de inschatting van de risico's voor (nog) niet uitgevoerde controles.

Onjuistheden en onzekerheden 2011

Het totaal van de resterende nog niet gecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden, inclusief de door de NZa aanvullende geconstateerde onzekerheden, bedraagt voor de kosten van prestaties over 2011 € 445,3 mln. Dit is 1,24% van het totaal van de kosten van prestaties ad € 35.877,2 mln. (2010: € 553,4 mln., 1,59%). Hierin zijn de al gecorrigeerde bedragen via de herziening van de Jaarstaten, zoals hierboven aangegeven, niet opgenomen.

De zorgverzekeraars moeten de geconstateerde nog niet gecorrigeerde onjuistheden corrigeren in de jaarstaat 2012 en de onzekerheden nader uitzoeken en indien nodig corrigeren in de jaarstaat 2012.

7.3 Conclusie

De NZa concludeert dat op geaggregeerd niveau het totaal van de resterende (nog niet gecorrigeerde) onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3% blijft. Dit betekent op geaggregeerd niveau dat de opgave Kosten van prestaties, met inachtneming van een nauwkeurigheidstolerantie van 3%, juist is.

Zoals uit de bevindingen blijkt is er nog wel het nodige te verbeteren aan de procesbeheersing.

De NZa heeft voor 5 zorgverzekeraars een boete-onderzoek lopen. De NZa heeft 4 zorgverzekeraars een informatieverzoek, inclusief herstelplan opgelegd.

8. Jaarstaat A: opgave betalingsachterstanden, boeteregeling en gedetineerden

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de NZa haar bevindingen weer van het onderzoek naar de opgave betalingsachterstanden. De NZa heeft de opgaven kritisch beoordeeld, omdat het de laatste keer zou zijn dat zorgverzekeraars de opgave betalingsachterstanden zouden moeten indienen. Inmiddels heeft het CVZ echter aangegeven dat er in 2013 toch opnieuw informatie bij zorgverzekeraars uitgevraagd zal worden wegens een aanpassing van de termijn, waarop de ontvangsten moeten worden verantwoord.

Ook geeft de NZa de bevindingen naar het onderzoek van de overige aspecten in de jaarstaat A: de boeteregeling en de gedeerde premie-inkomsten gedetineerden. Het gaat om (relatief) beperkte bedragen.

8.2 Bevindingen

Boeteregeling

Het onderzoek heeft niet geleid tot opmerkingen en er zijn geen onjuistheden en onzekerheden geconstateerd.

Gederfde premie-inkomsten gedetineerden

Het onderzoek heeft niet geleid tot opmerkingen en er zijn geen onjuistheden en onzekerheden geconstateerd.

Opgave betalingsachterstanden

Het onderzoek heeft geleid tot diverse opmerkingen van de NZa. De belangrijkste opmerkingen hebben betrekking op:

- het ten onrechte niet in mindering brengen van de onderhanden ontvangsten bij deurwaarders in de opgave;
- het ten onrechte in mindering brengen van de rente en kosten van deurwaarders op de te verantwoorden ontvangsten;
- overige fouten zoals onjuist gehanteerde premies, onjuiste versies van gehanteerde filters, overnamefouten en onverklaarbare toename van de schuld.

Vijf zorgverzekeraars hebben herziene opgaven moeten indienen wegens geconstateerde onjuistheden.

De NZa heeft nog resterende tekortkomingen geconstateerd. Op een totaal compensatiebedrag van € 333,9 mln. heeft de NZa voor een bedrag van € 11,4 mln. (3,4%) aan resterende onjuistheden en onzekerheden geconstateerd. Geconstateerde onjuistheden die al zijn gecorrigeerd via de hierboven genoemde herziene opgaven zijn hierin niet meegeteld. Omdat bekend was geworden dat het CVZ een generieke nieuwe uitvraag zou doen over de betalingsachterstanden, heeft de NZa geen 'tussentijdse herziening' geëist. Op het moment dat de hierboven genoemde vijf zorgverzekeraars de herziene opgaven moesten aanleveren was dit feit nog niet bekend.

Op geaggregeerd niveau is de nauwkeurigheidstolerantie van 3% overschreden. De geconstateerde onjuistheden en onzekerheden moeten worden gecorrigeerd in 2013.

Het CVZ vraagt naar verwachting een integrale nieuwe uitvraag in 2013 uit wegens een aanpassing van de ontvangsttermijnen. Het effect hiervan heeft het CVZ in het Financieel Jaarverslag fondsen 2011, december 2012, geraamd op € 70,0 mln. De NZa is bij de berekening van het foutenbedrag ad € 11,4 mln. uitgegaan van de voorschriften voor de ontvangsttermijnen, zoals die golden op het moment van uitvraag en heeft dus nog geen rekening gehouden met de aanpassing van de ontvangsttermijnen door het CVZ.

8.3 Conclusie

De NZa concludeert dat op geaggregeerd niveau het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden boven de nauwkeurigheidstolerantie van 3% (3,41%) uitkomt. Dit betekent op geaggregeerd niveau dat de opgave betalingsachterstanden, met inachtneming van een nauwkeurigheidstolerantie van 3%, niet juist is.

De geconstateerde onjuistheden en onzekerheden moeten worden gecorrigeerd in 2013.

De NZa heeft 6 zorgverzekeraars een aanwijzing gegeven voor geconstateerde onjuistheden.

De NZa concludeert dat de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden voor de opgave boeteregeling en de opgave gedetineerden op geaggregeerd niveau binnen de vastgestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3% blijven. Dat betekent dat op geaggregeerd niveau deze opgaven, met inachtneming van een tolerantie van 3%, juist zijn.

9. Opgaven verzekerden

9.1 Inleiding

Zorgverzekeraars hebben per 1 juli 2012 de volgende opgaven ingediend:

- de opgave verzekerde periode en persoonskenmerken 2011;
- de opgave persoonskenmerken juni 2012.

9.2 Bevindingen verzekerden

Assurance-rapporten

Bij de opgaven zijn goedkeurende assurance-rapporten afgegeven. Het totaal aan onjuistheden en onzekerheden voor alle zorgverzekeraars bedraagt 0,11% van de opgaven.

Bij alle zorgverzekeraars blijft het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3%.

Follow up

In het algemeen is de follow up van het voorgaande onderzoek in voldoende mate opgepakt.

Verbeterpunten

Het onderzoek heeft geleid tot een aantal opmerkingen, onder andere over het ontbreken van (geldige) verblijfsdocumenten, onbekende adressen, onvoldoende zichtbaar maken van controles en onvoldoende motivatie voor het deelbestand verzekerden zonder een (geverifieerd) BSN. Waar van toepassing heeft de NZa verbetermaatregelen gevraagd aan de zorgverzekeraars.

Op het gebied van het tegengaan van onbekende adressen en het toepassen van procedures om over te gaan tot uitschrijving indien nodig, hebben de zorgverzekeraars voortgang geboekt.

Nieuwe aanlevering

Eén zorgverzekeraar heeft een nieuw bestand moeten aanleveren wegens onvoldoende motivatie voor ruim 800 verzekerden in het deelbestand verzekerden zonder (geverifieerd) BSN. Dit heeft plaatsgevonden.

9.3 Conclusie

De NZa concludeert dat voor de opgaven verzekerde periode, persoonskenmerken 2011 en persoonskenmerken 2012 op geaggregeerd niveau het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3% blijft. Dit betekent op geaggregeerd niveau dat de opgaven verzekerde periode en persoonskenmerken 2011 en persoonskenmerken 2012, met inachtneming van een nauwkeurigheidstolerantie van 3%, juist is.

10. Overige financiële verantwoordingen

10.1 Inleiding

De zorgverzekeraars hebben vóór 1 juni 2012 de volgende 'overige' financiële verantwoordingen moeten indienen, voorzien van assurance-rapporten en bestuursverklaringen:

- opgave HKC 2009;
- opgave kosten per verzekerde 2009;
- opgave DBC-gegevens 2010;
- opgave gegevens opbrengstverrekening 2010;
- opgave farmaciegegevens 2011.

10.2 Bevindingen

10.2.1 Opgave HKC 2009

Bij alle zorgverzekeraars heeft de NZa geconstateerd dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de 5% blijft. Het totaal aan onjuistheden en onzekerheden voor alle zorgverzekeraars bedraagt 0,1% van de opgaven.

10.2.2 Opgave kosten per verzekerde 2009

De NZa heeft bij één zorgverzekeraar een voorbehoud gemaakt voor de opgave wegens het onvoldoende uitvoeren van controles op het bestand. De zorgverzekeraar moet alsnog de desbetreffende controles verrichten en indien nodig een gecorrigeerd bestand inzenden. Ook de juistheid van de beweringen in de bestuursverklaring is bij deze zorgverzekeraar onvoldoende onderbouwd.

Tevens heeft zij 3 zorgverzekeraars opgedragen om een gecorrigeerde opgave aan te leveren wegens geconstateerde onjuistheden. Alle drie de zorgverzekeraars hebben hieraan voldaan. De correctie bedroeg € 33,9 mln.

De NZa heeft aan bovengenoemde 4 zorgverzekeraars aanwijzingen gegeven.

Met uitzondering van de zorgverzekeraar waarbij de NZa een voorbehoud heeft gemaakt voor de opgave, heeft de NZa bij alle zorgverzekeraars geconstateerd dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie blijft ad 5%. Het totaal aan onjuistheden en onzekerheden voor alle zorgverzekeraars bedraagt, na verwerking van de herziene opgaven, 0,1% van de opgaven.

10.2.3 Opgave DBC-gegevens 2010

Het onderzoek heeft vooral geleid tot opmerkingen over de tijdige afwikkeling van onzekerheden over de zogenaamde controversiële DBC's. Deze komen voort uit de controle op parallelle en seriële DBC's. Hoewel er plausibele oorzaken te geven kunnen zijn waarom de afwikkeling langer kan duren (o.a. trage facturatie DBC's, veel discussie met en uitzoekwerk bij zorgaanbieders) heeft de NZa er bij veel zorgverzekeraars op aangedrongen om de tijdige afwikkeling beter te borgen.

Bij alle zorgverzekeraars heeft de NZa geconstateerd dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden zoals opgenomen in het betreffende rapport, inclusief bovengenoemde onzekerheden over de controversiële DBC's, binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie blijft ad 3%. Het totaal aan onjuistheden en onzekerheden voor alle zorgverzekeraars bedraagt 0,5% van de opgaven.

10.2.4 Opgave gegevens opbrengstverrekening 2010

De NZa heeft op 5 oktober 2012 separaat aan het CVZ gerapporteerd over de opgave gegevens 2010 voor de opbrengstverrekening.

Bij alle zorgverzekeraars heeft de NZa geconstateerd dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden zoals opgenomen in het betreffende rapport, inclusief bovengenoemde onzekerheden over de controversiële DBC's, binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie blijft ad 3%. Het totaal aan onjuistheden en onzekerheden voor alle zorgverzekeraars bedraagt 0,5% van de opgaven.

10.2.5 Opgave farmaciegegevens 2011

De NZa heeft bij één zorgverzekeraar een voorbehoud gemaakt voor de opgave wegens het onvoldoende uitvoeren van controles op het bestand. De zorgverzekeraar moet alsnog de desbetreffende controles verrichten en indien nodig een gecorrigeerd bestand inzenden.

De NZa heeft deze zorgverzekeraar een aanwijzing gegeven.

Met uitzondering van de zorgverzekeraar waarbij de NZa een voorbehoud heeft gemaakt voor de opgave, heeft de NZa bij alle zorgverzekeraars geconstateerd dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie blijft ad 3%. Het totaal aan onjuistheden en onzekerheden voor alle zorgverzekeraars bedraagt 0,5% van de opgaven.

10.3 Conclusie

De NZa concludeert dat op geaggregeerd niveau het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie blijft.

Op geaggregeerd niveau zijn de opgaven HKC 2009, kosten per verzekerde 2009, DBC-gegevens 2010, gegevens opbrengstverrekening 2010 en farmaciegegevens 2011, met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie van 5%²² respectievelijk 3%, juist.

²² Voor de jaren vóór 2010 gold een nauwkeurigheidstolerantie van 5%.

11. Uitvoering compensatieregeling eigen risico

11.1 Inleiding

Het CAK voert op grond van artikel 118a van de Zvw de Compensatieregeling eigen risico (CER) uit. Bepaalde groepen chronisch zieken komen in aanmerking voor een compensatie van een gedeelte van het verplicht eigen risico. Namens de zorgverzekeraars levert Vektis hiertoe bij het CAK de persoonsgegevens aan van rechthebbenden op grond van 'meerjarige onvermijdbare zorgkosten'. Het CAK beschikt zelf over de gegevens om de rechthebbenden op grond van verblijf in een AWBZ-instelling vast te stellen. Het bepalen van het recht op compensatie en de uitkering daarvan dient juist, volledig en tijdig te geschieden.

Voor het vaststellen van de rechtmatigheid van de uitgaven van de CER kan de NZa niet aansluiten bij de bestaande verantwoording in het kader van de Zvw. Voor de CER wordt sinds 2010 geen gebruik meer gemaakt van dezelfde bestanden die door zorgverzekeraars voor de risicovereeniging worden aangeleverd. Om de NZa in staat te stellen de rechtmatigheid van de uitgaven van de CER vanaf het jaar 2011 vast te kunnen stellen heeft de minister van VWS de jaarlijkse statistische steekproef voor de Wtcg uitgebreid met een jaarlijkse statistische steekproef voor de CER.

De steekproef wordt in opdracht van VWS door een externe accountant uitgevoerd. De steekproef is gericht op alle ketenpartijen die bij de CER betrokken zijn (zorgverzekeraars, Vektis, CAK). De NZa ontvangt via VWS het accountantsrapport en voert een review uit op de uitgevoerde steekproef. De NZa vormt zelf een oordeel over de rechtmatigheid van de uitkeringen op basis van de uitgevoerde steekproef en rapporteert hierover.

11.2 Bevindingen

11.2.1 Bevindingen uitvoering CER 2011 door het CAK

Uitkeringen door het CAK

Het CAK heeft in 2011 bijna 2,1 mln. toekenningsbeschikkingen vastgesteld voor rechthebbenden op de CER. Van 1,2% van de rechthebbenden is per ultimo 2011 nog geen adres of bankrekening bekend, zodat nog niet tot uitkering kon worden overgegaan. Het CAK heeft zich voldoende ingespannen om de ontbrekende gegevens alsnog te achterhalen. Het aantal rechthebbenden waarvan nog onvoldoende gegevens bekend zijn voor het betalen van de uitkering is voor de uitkeringsjaren 2009 en 2010 inmiddels afgenomen tot circa 0,3%. Het ontbreken van adresgegevens betreft vooral afgeschermdde, geheime adressen. Voor de rechthebbenden die de uitkering nog niet hebben ontvangen, blijft het recht op de uitkering vijf jaar lang bestaan. Zodra de naam- en adresgegevens en het juiste bankrekeningnummer bij het CAK bekend zijn, zal het CAK alsnog tot uitbetaling overgaan.

Budget beheerskosten CAK

De aanwending door het CAK van het budget beheerskosten voor de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico geeft de NZa geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.

Afdracht interest door CAK

Als betaalkantoor beschikt het CAK over liquide middelen, om tijdsverschillen tussen het uitvoeren van betalingsopdrachten en de daarvoor benodigde geldmiddelen van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) te overbruggen. Omdat de kosten van het CAK gedekt worden door het budget beheerskosten, moeten de desbetreffende interestopbrengsten volledig aan het Zvf worden afgedragen. De interest over de liquide middelen Zvf is in 2011 volledig ten gunste van de rekening-courant met het Zvf gebracht.

De werkzaamheden voor de statistische steekproef CER zijn nog niet afgerond. Aangezien het CAK een onderdeel is van de keten kan dit mogelijk nog van invloed zijn op bevindingen CER 2011 door het CAK.

11.2.1 Bevindingen rechtmatigheid CER-uitkeringen 2011

VWS is de opdrachtgever en heeft aan een externe accountant een opdracht verstrekt tot het uitvoeren van een statistische steekproef gericht op de rechtmatigheid van de uitkeringen. Deze externe accountant brengt hierover een rapportage uit.

De NZa heeft een review uitgevoerd op de verrichte werkzaamheden door de externe accountant. Tijdens deze review is naar voren gekomen dat er bij het inlezen van de CER-bestanden een fout is opgetreden. Naar aanleiding van deze constatering wordt er op dit moment door Vektis en het CAK uitgezocht wat de impact van de opgetreden fout is.

Er zal een opdracht aan een externe accountant worden verstrekt om de uitkomst van deze analyse en de genomen maatregelen om herhaling van deze inleesfout te voorkomen, te toetsen.

Voor de NZa is het niet mogelijk om op dit moment een oordeel te geven over de rechtmatigheid van de in 2011 betaalde CER-uitkeringen.

11.3 Conclusie

Conclusie uitvoering CER 2011 door het CAK

De NZa heeft de uitvoering van de CER door het CAK in 2011 beoordeeld. De NZa concludeert op basis van de bevindingen dat het CAK de werkzaamheden voor de CER in 2011 op een goede wijze heeft uitgevoerd. De NZa maakt hierbij een voorbehoud, omdat de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2011 nog niet zijn afgerond.

Conclusie rechtmatigheid betaalde CER-uitkeringen 2011

De NZa maakt hiervoor een voorbehoud aangezien de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2011 nog niet zijn afgerond. De NZa rapporteert in een later stadium separaat aan CVZ en de Minister van VWS over haar oordeel over de rechtmatigheid van de in 2011 betaalde CER-uitkeringen.