

# **Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2010**

Onderdeel vereveningsonderzoek Zvw en  
compensatieregeling eigen risico (CER)



## Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Doelstelling rapport	9
1.2 Toezichtskader	9
1.3 Scope van het onderzoek	9
1.4 Handhaving	10
1.5 Leeswijzer	11
<b>2. Algemene bevindingen</b>	<b>13</b>
2.1 Kwantitatieve gegevens	13
2.2 Aantal zorgverzekeraars	13
2.3 Protocol vereveningsonderzoek Zvw	14
2.4 Tijdigheid ontvangst verantwoordingen	14
2.5 Interne certificering	14
2.6 Accountantsproducten	15
2.7 Bestuursverklaringen	15
<b>3. Materiële controles</b>	<b>17</b>
3.1 Inleiding	17
3.2 Verrichte werkzaamheden	17
3.3 Bevindingen	18
3.4 Conclusie	20
<b>4. Gepast gebruik</b>	<b>21</b>
4.1 Inleiding	21
4.2 Verrichte werkzaamheden	22
4.3 Bevindingen	22
4.4 Conclusie	26
<b>5. Opgave Verzekerde periode en persoonskenmerken</b>	<b>27</b>
5.1 Inleiding	27
5.2 Verrichte werkzaamheden	27
5.3 Bevindingen	27
5.4 Conclusie	28
<b>6. Structurele maatregelen wanbetalers</b>	<b>29</b>
6.1 Inleiding	29
6.2 Verrichte werkzaamheden	29
6.3 Bevindingen	29
6.4 Conclusie	31
<b>7. DBC-gegevens, gegevens opbrengstverrekening, GGZ-gegevens en Farmaciegegevens</b>	<b>33</b>
7.1 Inleiding	33
7.2 Verrichte werkzaamheden	33
7.3 Bevindingen	33
7.4 Conclusie	34
<b>8. Jaarstaat</b>	<b>37</b>
8.1 Inleiding	37
8.2 Verrichte werkzaamheden	37
8.3 Bevindingen	37
8.4 Conclusie	39
<b>9. Uitvoering Compensatieregeling eigen risico</b>	<b>41</b>
9.1 Inleiding	41
9.2 Verrichte werkzaamheden	41

9.3	Bevindingen	41
9.4	Conclusie	42

## 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).

Het is de eerste keer dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een apart samenvattend rapport met definitieve bevindingen voor het vereveningsonderzoek Zvw uitbrengt. Door het later uitbrengen van het samenvattend rapport vereveningsonderzoek kunnen nu definitieve bevindingen gerapporteerd worden. Het samenvattend rapport Zvw moet jaarlijks voor 1 november uitgebracht worden (wettelijke termijn). Het vereveningsonderzoek is op dat moment nog niet volledig afgerond. Hierdoor konden voorheen alleen voorlopige bevindingen worden gerapporteerd. De NZa heeft met het Ministerie van VWS en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) afgesproken om in het vervolg de vereveningsrapportage los te koppelen van het samenvattend rapport Zvw en later uit te brengen met als voordeel dat de bevindingen dan wel definitief zijn.

Het samenvattend rapport Zvw 2010<sup>1</sup> dat zich richt op de naleving van de publieke randvoorwaarden is al uitgebracht in september 2011.

de Nederlandse Zorgautoriteit,

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

---

<sup>1</sup> Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2010, onderdeel acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht, NZa, september 2011



## Managementsamenvatting

Het is de eerste keer dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een apart samenvattend rapport met definitieve bevindingen voor het vereveningsonderzoek Zvw uitbrengt. Het rapport heeft betrekking op de juistheid van de financiële verantwoordingsdocumenten die de NZa in 2011 heeft ontvangen en die als input gebruikt worden door het CVZ bij het vereveningsproces. Het totaal van de kosten van prestaties bedraagt over 2010 € 34.861,2 mln. (2009: € 33.828,9 mln.). Ook heeft de NZa een aantal onderliggende processen beoordeeld.

Het totaal van de bij zorgverzekeraars gerapporteerde en nog niet gecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden voor de kosten van prestaties bedraagt over 2010 € 348,8 mln. (1,0% van het totaal) respectievelijk € 204,6 mln. (0,6% van het totaal). Het totaal van de onjuistheden en onzekerheden bedraagt € 553,4 mln. op de totale kosten van prestaties ter hoogte van € 34.861 mln. De nog niet gecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden bedragen gezamenlijk 1,6% (2009: 0,6%) van het totaal van de kosten van prestaties. Dit ligt op een hoger niveau dan voorgaand jaar, vooral veroorzaakt doordat een groot deel van de onjuistheid betrekking heeft op één zorgverzekeraar waarbij sprake is van incidentele onjuistheden in de opgenomen balanspost ter hoogte van € 300 mln. De NZa geeft de zorgverzekeraar een formele aanwijzing. Ook een andere zorgverzekeraar heeft een aanwijzing gekregen van de NZa om onjuistheden te corrigeren. Exclusief deze post van € 300 mln. gaat het over 2010 om 0,7% onjuistheden en onzekerheden.

De diverse financiële verantwoordingen blijven op geaggregeerd niveau binnen de vastgestelde nauwkeurigheidseisen<sup>2</sup>. Dit laat onverlet dat de zorgverzekeraars alle geconstateerde onjuistheden moeten corrigeren, ook als deze binnen de tolerantie blijven.

De NZa heeft zich bij het vereveningsonderzoek gefocust op de volgende processen bij de zorgverzekeraars:

- de opzet en uitvoering van de materiële controles;
- gepast gebruik: de uitkomsten van de pilot stand van wetenschap en praktijk en de controle op de indicatievoorwaarden;
- de actualiteit en juistheid van de verzekerdenadministratie;
- het proces naleving structurele maatregelen wanbetalers.

De uitvoering van de materiële controles moet in het algemeen nog sterk worden verbeterd. Dit heeft onder andere te maken met de tijdigheid van de uitvoering, de omvang van de controles en het opzetten van spiegelinformatie. De NZa constateert dat de zorgverzekeraars hun rol bij het bewaken van de betaalbaarheid van het stelsel beter moeten oppakken. De NZa heeft vijf informatieverzoeken aan zorgverzekeraars gedaan over de benodigde verbeteringen.

Over het jaar 2010 heeft de NZa voor de eerste keer het gepast gebruik expliciet in het toezicht betrokken. De uitkomsten uit de pilot stand wetenschap en praktijk tonen aan dat het onderwerp meer structureel moet worden ingebed in de organisatie van zorgverzekeraars. Verbeterpunten betreffen het expliciet betrekken van gepast gebruik bij de zorginkoop en de risico-analyses, het beter opzetten van

---

<sup>2</sup> Vanaf het verantwoordingsjaar 2010 is de nauwkeurigheidstolerantie aangescherpt van 5 naar 3%.

spiegelinformatie en meer transparant maken van de audittrail. De NZa heeft het standpunt dat preventieve maatregelen, bijvoorbeeld in de vorm van selectieve zorginkoop, sturen op volumia, borgen controles in de keten en controle via machtigingen in het algemeen effectiever zijn dan (alleen) controles achteraf. Ook bij goede preventieve maatregelen zal praktijkvariatie nog wel via spiegelinformatie in beeld worden gebracht. Uit de pilot komt een aantal knelpunten naar voren, waardoor het voor zorgverzekeraars lastiger is om een goede invulling te kunnen geven aan de controle op gepast gebruik van zorg. De NZa kiest het onderwerp gepast gebruik ook voor het volgende vereveningsonderzoek als focuspunt en rolt de komende jaren het toezicht op gepast gebruik gefaseerd uit.

Benodigde verbeteringen voor de verzekerdenadministratie zijn de aanpak van de onbekende woonadressen, de motivatie van de opgenomen verzekerden in het deelbestand zonder (geverifieerd) BSN en de gehanteerde normen voor de kwaliteit van de uitvoering van de verzekerdenadministratie. De NZa betreft deze aspecten in het vereveningsonderzoek in 2012.

De NZa heeft het nieuwe proces structurele maatregelen wanbetalers onderzocht. In de regelgeving is aangegeven dat de NZa een uitspraak moet doen richting CVZ of het door zorgverzekeraars ontvangen compensatiebedrag moet worden verminderd op basis van de bevindingen. De NZa concludeert dat de bevindingen uit het onderzoek niet leiden tot een vermindering van het compensatiebedrag dat de zorgverzekeraar ontvangt van het CVZ. Voor één zorgverzekeraar is hiertoe een voorbehoud gemaakt, omdat de zorgverzekeraar nog een impactanalyse moet maken van de door de NZa geconstateerde bevindingen. De NZa heeft de zorgverzekeraar een informatieverzoek gedaan.

De NZa vindt dat de zorgverzekeraars de problematiek van de onbekende woonadressen daadkrachtiger moeten oplossen.

Het Centraal Administratiekantoor (CAK) heeft de processen uitkering Compensatie Eigen Risico (CER), beheerskosten CER en interest geldmiddelen ZVF in voldoende mate uitgevoerd. De NZa onthoudt zich van een oordeel over de uitvoering van de taak die zorgverzekeraars hebben tot het verstrekken van de benodigde persoonsgegevens aan het CAK. De oorzaak hiervan is dat in 2010 de aanlevering losgekoppeld is van de onder het toezicht van de NZa vallende verantwoordingsstromen. Daarnaast verricht Vektis voor de aanlevering aan het CAK nog verwerkingslagen op de informatie, hetgeen ook buiten het toezicht van de NZa valt. De NZa heeft aan het CVZ en VWS aangegeven dat de formele borging van het proces beter door hen moet worden geregeld.

De NZa concludeert dat twee keer de bestuursverklaring bij een verantwoording onjuist was. De twee zorgverzekeraars ontvangen een formele aanwijzing.

Naast de opgelegde informatieverzoeken en de aanwijzingen voert de NZa met een aantal zorgverzekeraars normoverdragende gesprekken.

De NZa is voornemens om de formele handhavinginstrumenten, waaronder het opleggen van boetes, de komende jaren daadkrachtig in te zetten bij geconstateerde tekortkomingen als blijkt dat bijvoorbeeld normoverdragende gesprekken, informatieverzoeken en gegeven aanwijzingen niet leiden tot de gewenste verbetering.



## 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 2010. Het rapport heeft betrekking op de juistheid van de financiële verantwoordingsdocumenten die de NZa in 2011 heeft ontvangen en die als input gebruikt worden door het CVZ bij het vereveningsproces. Zie paragraaf 1.3 voor de afbakening.

Het is de eerste keer dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een apart samenvattend rapport voor het vereveningsonderzoek Zvw uitbrengt, waarin definitieve bevindingen worden gepresenteerd. Door het later uitbrengen van een apart samenvattend rapport vereveningsonderzoek kunnen nu definitieve bevindingen gerapporteerd worden. Het samenvattend rapport Zvw moet jaarlijks voor 1 november uitgebracht worden (wettelijke termijn). Het vereveningsonderzoek is op dat moment nog niet volledig afgerond. Hierdoor konden voorheen alleen voorlopige bevindingen worden gerapporteerd. De NZa heeft met het Ministerie van VWS en het CVZ afgesproken om in het vervolg de vereveningsrapportage los te koppelen van het samenvattend rapport Zvw en later uit te brengen met als voordeel dat de bevindingen dan wel definitief zijn. In het samenvattend rapport Zvw 2010, uitgebracht in september 2011, is aangekondigd dat het samenvattend vereveningsrapport Zvw 2010 in februari 2012 uitgebracht zou worden.

### 1.2 Toezichtskader

De NZa houdt op grond van artikel 16 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars. De NZa heeft controlevoorschriften gegeven voor de specifieke informatie die zorgverzekeraars aan het CVZ moeten aanleveren in het kader van Zvw via het 'Protocol vereveningsonderzoek Zvw 2010 en onderzoek Uitvoeringsverslag 2010' (hierna: Protocol).

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

Het Centraal Administratiekantoor (CAK) voert op grond van artikel 118a van de Zvw de Compensatieregeling eigen risico (CER) uit.

### 1.3 Scope van het onderzoek

De NZa heeft in het vereveningsonderzoek de volgende financiële verantwoordingsdocumenten met bijbehorende accountantsproducten betrokken die de zorgverzekeraars vóór 1 juni respectievelijk 1 juli 2011 moesten inzenden:

- de jaarstaat Zvw 2010, onderdeel A:
  - kosten van prestaties;
  - opgave betalingsachterstanden (oude regeling wanbetalers);

- boeteregeling;
- gedeelde premie-inkomsten gedetineerden;
- de opgave Farmaciegegevens 2010;
- de opgave DBC-gegevens 2009;
- de opgave gegevens 2009 voor de opbrengstverrekening;
- de opgave GGZ-gegevens 2009;
- de opgave verzekerde periode en persoonskenmerken 2010.

Naast de financiële verantwoordingen hebben zorgverzekeraars per 1 juli 2011 het Uitvoeringsverslag Zvw 2010 ingezonden. Hierin is vooral informatie opgenomen over de naleving van de publieke randvoorwaarden, zoals acceptatieplicht en de zorgplicht. Deze aspecten zijn betrokken in het Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2010, september 2011. Naast de publieke randvoorwaarden vraagt de NZa via het Uitvoeringsverslag ook informatie uit die relevant is voor het vereveningsonderzoek, zoals de uitvoering van formele en materiële controles en de structurele maatregelen wanbetalers. Deze informatie is betrokken in het huidige rapport.

#### *Gewijzigde toezichtsvisie vereveningsonderzoek*

In het Protocol vereveningsonderzoek 2010 heeft de NZa aangekondigd zich bij het vereveningsonderzoek op een aantal processen bij de zorgverzekeraars te focussen. Deze zijn:

- de opzet en uitvoering van de materiële controles;
- gepast gebruik: de uitkomsten van de pilot stand van wetenschap en praktijk en de controle op de indicatievoorwaarden;
- de actualiteit en juistheid van de verzekerdenadministratie;
- het proces naleving structurele maatregelen wanbetalers.

De keuze voor de focuspunten is gebaseerd op risico-analyse. Een focuspunt houdt in dat de NZa bij haar onderzoek niet alleen beoordeelt of zij kan steunen op de onderliggende accountantsproducten, maar ook eigen onderzoek verricht. Bij andere processen en verantwoordingen (niet zijnde een focuspunt) heeft de NZa zich meer dan in het verleden gebaseerd op de accountantsproducten. De NZa heeft in mei 2011 het CVZ en VWS geïnformeerd over deze gewijzigde aanpak.

De focuspunten voor het vereveningsonderzoek 2011 zijn nog niet volledig bepaald. Naar verwachting zullen onder andere de onderdelen gepast gebruik en materiële controles als focuspunt worden aangegeven.

## **1.4 Handhaving**

De formele handhavinginstrumenten die de NZa kan inzetten bij onvoldoende naleving van de Zvw of onderliggende regelgeving, zijn de volgende:

- het geven van een aanwijzing (artikelen 77 Wmg);
- het toepassen van bestuursdwang of het opleggen van een last onder dwangsom (artikel 83 Wmg);
- het opleggen van een bestuurlijke boete (artikelen 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.

Naast de formele handhavinginstrumenten kan de NZa normoverdragende gesprekken voeren met bestuurders van zorgverzekeraars om naleving te bevorderen.

De NZa is voornemens om de handhavinginstrumenten de komende jaren daadkrachtig in te zetten bij geconstateerde tekortkomingen.

## **1.5 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 geeft de NZa een aantal algemene bevindingen weer. In de hoofdstukken 3 tot en met 6 komen de focuspunten materiële controle, gepast gebruik, actualiteit verzekerdenadministratie en structurele maatregelen wanbetalers aan bod. In hoofdstuk 7 worden de bevindingen van de opgaven DBC-gegevens, gegevens voor de opbrengstverrekening, GGZ-gegevens en Farmaciegegevens weergegeven. In hoofdstuk 8 en 9 geeft de NZa de uitkomsten van het onderzoek naar de jaarstaat, respectievelijk de compensatie eigen risico weer.



## 2. Algemene bevindingen

### 2.1 Kwantitatieve gegevens

In onderstaande tabel is een aantal kwantitatieve gegevens opgenomen over de verantwoordingen Jaarstaat A, Verzekerde periode en persoonskenmerken, Farmaciegegevens, DBC-gegevens, Gegevens voor de opbrengstverrekening en de GGZ-gegevens. De cijfers zijn opgenomen ter identificatiedoeleinden en om een beeld te geven van de omvang van een aantal stromen en/of standen.

**Tabel 1 Kwantitatieve gegevens**

	Jaar t <sup>3</sup>	Jaar t-1
Totaal kosten volgens Jaarstaat A, kostenverzamelstaat (2010 en 2009) <sup>4</sup>	€ 34.861,2 mln.	€ 33.828,9 mln.
Totaal aantal verzekerdenjaren in de opgaven Verzekerde periode en persoonskenmerken (2010 en 2009)	16.531.113	16.502.832
Totaal schadebedrag opgenomen in bestanden Farmaciegegevens (2010 en 2009)	€ 3.664,9 mln.	€ 3.715,6 mln.
Totaal schadebedrag opgenomen in bestanden DBC-gegevens (2009 resp. 2008)	€ 16.102,7 mln.	€ 14.506,8 mln.
Totaal schadebedrag opgenomen in opgaven Gegevens voor de opbrengstverrekening (2009 resp. 2008)	€ 8.867,0 mln.	€ 13.614,2 mln.
Totaal schadebedrag opgenomen in bestanden GGZ-gegevens (2009)	€ 4.154,0 mln.	n.v.t. <sup>5</sup>

Bron: Database NZa op basis van verantwoordingen zorgverzekeraars

#### Toelichting opvallende ontwikkelingen

Het totaal schadebedrag in de opgaven 'Gegevens voor de opbrengstverrekening' is aanzienlijk gedaald door een aanpassing in de uitgevraagde gegevens. In 2009 is alleen nog de kostencomponent A-DBC's uitgevraagd. Een voor vergelijkingsdoeleinden aangepaste uitvraag 2008 bedraagt € 8.907,6 mln.

### 2.2 Aantal zorgverzekeraars

In 2010 waren 30 zorgverzekeraars actief op de zorgverzekeringsmarkt. Voor het vereveningsonderzoek was er sprake van 31 zorgverzekeraars. Eén zorgverzekeraar was niet meer actief, omdat deze de verzekerdenportefeuille heeft overgedragen. De zorgverzekeraar moest over 2010 echter nog wel diverse zaken financieel afwikkelen, zodat de NZa deze zorgverzekeraar wel in het vereveningsonderzoek heeft betrokken.

De NZa rapporteert de uitkomsten van haar onderzoek aan de individuele zorgverzekeraars. Het betreft 14 rapporten, omdat veel

<sup>3</sup> Omdat de verschillende opgaven op verschillende jaren betrekking hebben, wordt hier gebruik gemaakt van de termen 'Jaar t' en 'Jaar t-1'. In de rijen van de tabel staat per opgave opgenomen op welke jaren het betrekking heeft.

<sup>4</sup> Gebaseerd op de totaal lasten (brutoschade, definitie CVZ) jaarstaten Zvw 2010 kolom 1 resp. kolom 3 (lasten inclusief balanspost).

<sup>5</sup> De opgave GGZ-gegevens is in 2011 voor het eerst met een accountantsproduct aangeleverd en viel daarmee voor het eerst onder het toezicht van de NZa.

zorgverzekeraars in de rapportage zijn gecombineerd wegens groepsverbanden. In dit samenvattend rapport noemt de NZa bij de bevindingen regelmatig aantallen zorgverzekeraars. Dit is gebaseerd op de onderliggende rapportages (n=14) en niet op de aantallen zorgverzekeraars (n=31 voor het vereveningsonderzoek).

### 2.3 Protocol vereveningsonderzoek Zvw

De NZa heeft in haar Protocol 2010 controlevoorschriften gegeven. Deze hebben betrekking op de vereveningsopgaven die in 2011 met accountantsproduct moesten worden opgeleverd. De belangrijkste wijzigingen in de controlevoorschriften ten opzichte van het voorgaande jaar zijn:

- De gehanteerde nauwkeurigheidstolerantie<sup>6</sup> voor een goedkeurend accountantsoordeel is voor verantwoordingen vanaf het jaar 2010 aangescherpt van 5% naar 3%.
- Bij de opgave GGZ-gegevens is voor de opgave GGZ-gegevens 2009 een assurancerapport gevraagd (voorgaand jaar alleen een bestuursverklaring).
- Het onderzoek naar het Uitvoeringsverslag Zvw is uitgebreid met de structurele maatregelen wanbetalers.
- Toetsingspunten voor wettelijke indicatievoorschriften (onderdeel gepast gebruik) zijn opgenomen voor de controle op de kosten van prestaties.
- Voor de 'stand van wetenschap en praktijk' (onderdeel gepast gebruik) is voor 2010 een pilot opgenomen.
- Een aantal opgaven over verzekerden zijn geïntegreerd uitgevraagd door het CVZ in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010' met assurancerapport. Hierdoor zijn de afzonderlijke opgave RBVZ en het bijbehorende assurancerapport én het assurancerapport bij het persoonskenmerkenbestand vervallen.

### 2.4 Tijdigheid ontvangst verantwoordingen

Zowel in het Handboek van het CVZ als in het Protocol van de NZa is aangegeven op welk tijdstip de verschillende verantwoordingen aangeleverd moeten worden. Alle zorgverzekeraars hebben de verantwoordingsdocumenten tijdig aangeleverd.

### 2.5 Interne certificering

Voor een aantal verantwoordingen is interne certificering onder voorwaarden mogelijk. Interne certificering houdt in dat een interne afdeling van de zorgverzekeraar het accountantsproduct afgeeft in plaats van een externe accountant. De voorwaarden hebben onder andere betrekking op waarborgen voor de onafhankelijke positie van de interne afdeling. Interne certificering is mogelijk voor de opgave Farmaciegegevens, opgave DBC-gegevens, de opgave Verzekerde periode en persoonskenmerken en het rapport van feitelijke bevindingen bij het Uitvoeringsverslag. De reden van de NZa om interne certificering

---

<sup>6</sup> Dit laat onverlet dat gevonden fouten conform het Protocol gecorrigeerd moeten worden, ook als deze binnen de nauwkeurigheidstolerantie blijven. De genoemde percentages zijn bedoeld voor de planning, uitvoering en evaluatie van de accountantswerkzaamheden en niet bedoeld als uitvoeringstolerantie voor de zorgverzekeraar.

(onder voorwaarden) toe te staan is de administratieve lastenverlichting voor de zorgverzekeraar.

Twee concerns van zorgverzekeraars hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid voor alle hierboven genoemde opgaven/verantwoordingen. Bij één zorgverzekeraar is alleen het rapport van feitelijke bevindingen bij het Uitvoeringsverslag door de interne accountant ondertekend. De zorgverzekeraars voldeden aan de voorwaarden voor interne certificering.

## 2.6 Accountantsproducten

Bij de diverse verantwoordingsdocumenten vraagt de NZa de volgende accountantsproducten uit:

- controleverklaring bij de jaarstaat, onderdeel A;
- rapport van feitelijke bevindingen bij het Uitvoeringsverslag;
- assurancerapporten bij de overige verantwoordingen.

De strekking van de controleverklaringen en de assurancerapporten is goedkeurend van aard op enkele uitzonderingen na. Deze uitzonderingen hebben betrekking op het niet uitvoeren van bepaalde controles (zie hoofdstuk 7) en het niet uitvoeren van de boeteregeling (zie hoofdstuk 8). De NZa heeft deze aandachtspunten betrokken in haar onderzoek.

De rapporten van feitelijke bevindingen bij het Uitvoeringsverslag bevatten geen conclusies, maar geven enkel de bevindingen weer op een aantal specifiek uitgevraagde aspecten. Deze hebben vooral betrekking op de uitvoering van de Zvw en zijn behandeld in het eerder gepubliceerde 'Samenvattend rapport Zvw 2010'<sup>7</sup>. De bevindingen over de wanbetalers heeft de NZa betrokken in het focuspunt structurele maatregelen wanbetalers (zie hoofdstuk 6).

## 2.7 Bestuursverklaringen

De zorgverzekeraars stellen bij elke verantwoording bestuursverklaringen op waarin ze de verantwoordelijkheid nemen voor de juistheid van de opgave. Ook geven de meeste zorgverzekeraars een toelichting op landelijke en specifieke onzekerheden. Specifieke onzekerheden hebben betrekking op de uitkomsten van formele en materiële controles. Een veel voorkomende onzekerheid is de afwikkeling van de controle op 'controversiële DBC's', dit is de controle op parallelle en seriële DBC's, ook wel genoemd Cope-controles. De afwikkeling is een tijdrovend proces en leidt soms tot een afwijking van inzicht van de beleidsregels tussen zorgverlener en zorgverzekeraar (zie ook paragraaf 8.3).

Landelijke (inherente) onzekerheden die meerdere malen genoemd worden zijn:

- onzekerheden in het systeem van DBC's door onder andere aanpassingen in het systeem, lange doorlooptijden DBC's en uitbreiding van het B-segment;
- onzekerheden door de werking van het risicovereveningsysteem. Het duurt enige jaren voordat definitieve vaststellingen plaatsvinden;
- onzekerheid in de schadeprognoses GGZ door het ontbreken van voldoende ervaringsinformatie.

<sup>7</sup> Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2010, onderdeel acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht, NZa, september 2011

Bij twee zorgverzekeraars bleken beweringen in de bestuursverklaringen niet juist te zijn. Het betreft gevallen waarin in de bestuursverklaring werd aangegeven dat bepaalde correcties al verwerkt waren terwijl bij onderzoek bleek dat dit nog niet het geval was. De NZa vindt het van belang dat de informatie in de bestuursverklaringen juist is en heeft de twee zorgverzekeraars een formele aanwijzing gegeven.



## 3. Materiële controles

### 3.1 Inleiding

Zoals in paragraaf 1.3 is aangegeven is het uitvoeren van materiële controles als focuspunt benoemd. Om een uitspraak te kunnen doen over de juistheid van de declaratiestromen zijn zowel formele als materiële controles van belang. Materiële controles richten zich op twee aspecten:

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

In het Protocol 2010 is het eerste aspect als onderdeel van het toetsingskader opgenomen, het tweede niet. De nadruk van het focuspunt lag daarom ook op het eerste aspect. In het nog uit te brengen protocol 2012 (gericht op de aanlevering in 2013) wordt naar verwachting ook het tweede aspect betrokken.

In het Protocol 2010 zijn de volgende eisen gesteld aan de materiële controles:

- het voldoen aan de eisen aan materiële controles zoals opgenomen in de Regeling Zorgverzekering (RZv). Deze is gewijzigd en gepubliceerd in de Staatscourant van 8 juli 2010. In de Regeling zijn de eisen bepaald voor het uitvoeren van materiële controles en detailcontroles door zorgverzekeraars;
- plan van aanpak/controleplan, inclusief voorgeschreven risicoanalyses vanuit de RZv;
- voldoende scheiding tussen het proces materiële controle en de zorginkoop;
- adequate onderbouwing van de gekozen controlemethoden en inzet controlemiddelen;
- uitgangspunt is dat de materiële controles zo dicht mogelijk tegen het verantwoordingsjaar aanzitten;
- uitvoering volgens plan en/of een onderbouwing van afwijkingen van het plan;
- betrekken van interne en externe signalen, bevindingen vanuit zorginkoop, 'fraudeteam', patronen in klachten van verzekerden, afwijkende declaratiepatronen, en dergelijke;
- analyse van de uitkomsten van de materiële controles en het bepalen van de vervolgacties;
- trekken en vastleggen van de conclusie of de prestaties zoals verantwoord in de jaarstaat geleverd zijn.

### 3.2 Verrichte werkzaamheden

De NZa heeft het onderzoek naar de uitvoering van materiële controles als volgt ingestoken:

- geven van instructies via een Protocol;
- beoordeling follow up voorgaand jaar;
- opvragen informatie over de uitvoering van materiële controles via een Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw en het beoordelen van het Uitvoeringsverslag Zvw;
- beoordeling accountantsdossier en opvragen aanvullende documentatie;
- verrichten van interviews.

### 3.3 Bevindingen

#### *Follow up voorgaand onderzoek*

Voorgaand jaar (onderzoek 2009) heeft de NZa bij diverse zorgverzekeraars aangegeven dat de uitvoering van materiële controles moest verbeteren. Bij zes zorgverzekeraars is geconstateerd dat de vorig jaar op dit gebied gevraagde verbetermaatregelen onvoldoende gerealiseerd zijn. De NZa vindt de voortgang van de verbetering van de uitvoering van de materiële controles onvoldoende. De materiële controles zijn samen met de controles en preventieve maatregelen rondom gepast gebruik/praktijkvariatie (zie hoofdstuk 4) van essentieel belang voor de betaalbaarheid van het stelsel. De zorgverzekeraars moeten hun rol hierin beter oppakken. De NZa richt informatieverzoeken aan die zorgverzekeraars die bij de follow up te weinig voortgang tonen. In de informatieverzoeken geeft de NZa aan op welke te verbeteren aspecten de bestuurders van de zorgverzekeraars zich vóór een bepaalde datum expliciet moeten verantwoorden via een actie- en reparatieplan.

#### *Focuspunt 2010*

Uit het onderzoek 2010 komt bij veel zorgverzekeraars het beeld naar voren dat de uitvoering van de materiële controle verbeterd moet worden.

#### *Tijdigheid uitvoering materiële controles*

De tijdige afronding van materiële controles is een aandachtspunt. Zorgverzekeraars geven soms de voorkeur aan het uitvoeren van materiële controles totdat declaratiestromen door zorgaanbieders volledig afgerond zijn. Hoewel dit efficiënt kan zijn levert dit ook nadelen op. Het terugkoppelingsmechanisme richting zorgaanbieder duurt hierdoor ook langer en ook het betrekken van bevindingen bij de zorginkoop kent een vertragingselement. Dit speelt zeker bij declaraties in DBC's, die inherent al een langere doorlooptijd kennen. De NZa vindt dat de zorgverzekeraars beter sturing moeten geven aan het tijdig opstarten en afronden van materiële controles, waardoor het repressieve, maar ook het preventieve karakter van de materiële controles beter tot uiting komt.

#### *Regiefunctie materiële controles*

De NZa heeft geconstateerd dat binnen de organisatie van zorgverzekeraars (formele en materiële) controles vaak op diverse plekken plaatsvinden. De samenhang tussen deze controles en de regie hierover is op onderdelen voor verbetering vatbaar. Van belang is dat bijvoorbeeld de medische adviseurs, die vanuit hun functie bezoeken afleggen en controles verrichten, ook een geïntegreerd onderdeel uitmaken van het controlegebouw.

#### *Onderscheid formele en materiële controles*

Het onderscheid tussen formele en materiële controles lijkt in eerste instantie eenduidig te maken. Formele controles richten zich op de formele wettelijke aspecten, zoals juistheid tarief conform artikel 35 Wmg, verzekeringsgerechtigdheid en het vaststellen of een verrichting een *verzekerde* prestatie is. Materiële controles richten zich op het geleverd zijn van de prestatie en of de prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde. In de praktijk wordt het onderscheid niet altijd eenduidig gemaakt. Sommige zorgverzekeraars merken controles aan als materiële controle, die echter te typeren zijn als formele controles. Daarnaast is het onderscheid niet altijd goed te maken doordat een controle zich op zowel formele als materiële aspecten richt. Bijvoorbeeld de Cope-controles richten zich op formele eisen, maar kunnen ook

indicaties opleveren dat een prestatie niet geleverd is. Een ander veel genoemd voorbeeld is de dubbele betaling van declaraties. Ook deze heeft zowel formele als materiële aspecten.

De NZa vindt het van belang dat de geconstateerde risico's uit de risico-analyses worden afgedekt. Het middel waarmee dat gebeurt is van minder belang dan het feit dat het gebeurt. Daarmee wordt de soms semantische discussie of iets een formele of een materiele controles is minder relevant.

#### *Omvang materiële controles*

De omvang van de materiële controles laat soms te wensen over. Dit wordt mede veroorzaakt doordat zorgverzekeraars formele controles presenteren als materiële controles (zie hiervoor). Daarnaast is de omvang van de werkzaamheden soms beperkt door de beschikbare capaciteit. Ook het verrichten van detailcontroles, bijvoorbeeld het lichten van medische dossiers, is heel vaak beperkt. Vanuit privacy-aspecten en vanuit het proportionaliteitsbeginsel moet er aanleiding zijn om tot detailcontroles over te gaan. Er moet bijvoorbeeld vanuit spiegelinformatie gereede twijfel bestaan over de juistheid van de declaratie(s). De NZa heeft echter de indruk dat ook andere invloeden bepalen of tot detailcontrole wordt overgegaan. Te denken valt aan: lastige controles die veel capaciteit vergen, een casus is niet altijd medisch/juridisch 'hard' te maken, belemmert inkooponderhandelingen, etc. De NZa is voorstander van het gestructureerd betrekken van de signalen en uitkomsten van materiële controles bij de zorginkoop. De NZa vindt het echter ook van belang dat bij materiële afwijkingen de zorgverzekeraars de desbetreffende zorgaanbieder repressief aanpakken, inclusief het terugvorderen van bedragen. De integriteit van het zorgstelsel is hierbij gebaat.

#### *Relatie met gepast gebruik*

De NZa heeft op diverse manieren aandacht gevraagd (zie hoofdstuk 4) voor het thema gepast gebruik. Het thema gepast gebruik (en de controles hierop) is nog niet goed geïntegreerd in het hele controlegebouw (inclusief het uitvoeren van formele en materiële controles).

#### *Spiegelinformatie*

De meeste zorgverzekeraars zijn bezig met het opzetten van een systeem van systematische analyse en het opzetten van spiegelinformatie. De kwaliteit hiervan en de omvang van het aantal spiegels kan nog sterk worden verbeterd. Zorgverzekeraars moeten investeren in een systeem om op structurele wijze afwijkende declaratiepatronen te detecteren.

#### *Mogelijkheden zorgverzekeraars*

Kleinere, landelijk werkende, zorgverzekeraars hebben niet altijd de mogelijkheden om spiegelinformatie te genereren. De omvang van het aantal declaraties/aantal verzekerden per zorgaanbieder/per verrichting/specialisme is vaak te beperkt, waardoor het genereren van spiegelinformatie voor de individuele zorgverzekeraar beperkt inzetbaar is. Deze zorgverzekeraars zouden afspraken kunnen maken via bijvoorbeeld Vektis<sup>8</sup>. Ook voor de grotere zorgverzekeraars is dit zinvol omdat, gegeven het grote aantal ziekenhuizen en specialismen, een grotere massa betrouwbaardere analyses oplevert.

---

<sup>8</sup> Uiteraard moeten de zorgverzekeraars daarbij rekening houden met bepalingen in de Mededingingswet, waar de NMa (Nederlandse Mededingingsautoriteit) toezicht op houdt.

### Overige opmerkingen

Overige benodigde verbeteringen zijn:

- een beter zicht krijgen op de uitvoering van materiële controles door volmachten;
- tijdigheid en betrouwbaarheid van de benodigde informatievoorziening.

De NZa neemt actie richting de individuele zorgverzekeraars. Naast de genoemde verbeterpunten in individuele rapporten, houdt zij normoverdragende gesprekken met bestuurders van zorgverzekeraars en legt zij, zoals eerder aangegeven, informatieverzoeken op. De informatieverzoeken leiden tot een verscherpt toezicht. Daarnaast is zij voornemens om met ZN te overleggen welke rol ZN kan vervullen om de uitvoering van de materiële controles op een hoger plan te brengen.

Vanuit het project PINCET (zie hoofdstuk 4) komt het signaal naar voren dat er een verwachtingskloof zou bestaan tussen wat de NZa verwacht van de rol van de accountants van de zorgverzekeraars en wat zij (kunnen) waarmaken. De NZa heeft als actiepunt geformuleerd om dit signaal nader af te stemmen met de Nederlandse Beroepsvereniging voor Accountants (NBA) en vertegenwoordigers van de accountantskantoren.

## 3.4 Conclusie

De uitvoering van de materiële controles moet in het algemeen nog sterk worden verbeterd. De NZa constateert dat de zorgverzekeraars hun rol bij het bewaken van de betaalbaarheid van het stelsel beter moeten oppakken. De NZa heeft vijf maal informatieverzoeken gedaan bij zorgverzekeraars, waar moet worden ingegaan op de benodigde verbetermaatregelen. Zij zet zo nodig verdere formele handhavinginstrumenten in om de voortgang te versnellen. De NZa betreft de materiële controles in het volgende vereveningsonderzoek<sup>9</sup> en zal sterk focussen op de tijdigheid van de follow up van de benodigde verbeteringen.

---

<sup>9</sup> De NZa overweegt een, voor de AWBZ en Zvw gezamenlijk, verdiepend tussentijds onderzoek te verrichten naar de uitvoering van materiële controles.

## 4. Gepast gebruik

### 4.1 Inleiding

De NZa besteedt de komende jaren extra toezichtsaandacht aan ongepast gebruik van zorg die ten laste van de Zvw wordt gefinancierd. Zoals in paragraaf 1.3 is aangegeven is het gepast gebruik als focuspunt voor 2010 benoemd. Gepast gebruik bestaat uit drie onderdelen:

- de zorg moet voldoen aan de stand van 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.

Deze principes zijn verankerd in de wetgeving en bepalen mede welke zorg binnen het verzekerde pakket valt en of de verzekerde zorg voor een individuele verzekerde van toepassing is.

Ongepast gebruik van zorg kan zich uiten in bijvoorbeeld overbehandeling, te snel dure behandelingen inzetten (terwijl dit niet nodig is) of niet effectieve zorg.

De NZa betreft gepast gebruik op systeemniveau in haar toezicht. De NZa houdt dus geen toezicht of *elke individuele nota* voldoet aan gepast gebruik van zorg en stelt deze eis ook niet aan de controle door zorgverzekeraars. Zie paragraaf 4.3 onder het kopje 'Mogelijke aanpak' waar de NZa de mogelijkheden wel ziet.

#### *Nadere toelichting stand wetenschap en praktijk*

Zorg, die niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' is geen verzekerde prestatie. De stand van de wetenschap en praktijk refereert aan de bewezen effectiviteit van zorg (evidence-based) en aan wat als verantwoorde zorg geldt in het vakgebied. Onder andere het CVZ publiceert regelmatig standpunten of verrichtingen voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk op <http://www.cvz.nl/zorgpakket/standpunten>.

#### *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 ingezet<sup>10</sup>, en pas als deze niet (voldoende) effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende (duurdere) interventie.

#### *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. Er zijn drie gebieden waar wettelijke indicaties een rol spelen:

- behandelingen van plastisch chirurgische aard;

<sup>10</sup> Uiteraard is een en ander afhankelijk van de gestelde indicatie en lenen niet alle zorgvragen zich voor een stepped care benadering.

- dure intramurale geneesmiddelen, die in de beleidsregel dure geneesmiddelen staan ([www.nza.nl](http://www.nza.nl));
- hulpmiddelen met indicatievoorwaarden.

#### *Gefaseerde uitrol toezicht gepast gebruik*

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

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

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

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

Voor 2012 is de opzet om voor het aspect redelijkerwijs aangewezen ook een Rapport van feitelijke bevindingen van de accountants te vragen en indien mogelijk<sup>11</sup> voor het aspect stand wetenschap en praktijk de normstelling te betrekken in de controleverklaring.

## **4.2 Verrichte werkzaamheden**

De NZa heeft het onderzoek naar gepast gebruik als volgt ingestoken:

- geven van instructies voor de pilot stand wetenschap en praktijk en de controle op indicatievoorwaarden via een Protocol;
- samen met het CVZ houden van een voorlichtingsronde gepast gebruik en het verspreiden van een verslag;
- kennismaken memorandum stand wetenschap en praktijk;
- toetsing risico-analyses;
- beoordeling onderliggend dossier en opvragen aanvullende documentatie;
- verrichten van interviews.

## **4.3 Bevindingen**

#### *Controle indicatievoorwaarden:*

De meeste zorgverzekeraars betrekken de controle op indicatievoorwaarden plastische chirurgie, hulpmiddelen en dure intramurale geneesmiddelen in de risicoanalyses en de uitvoering van de formele en materiële controles. Bij drie zorgverzekeraars heeft de NZa

<sup>11</sup> Hiervoor is nader overleg met de NBA nodig.

gesignaleerd dat verbeteringen nodig zijn. Het gaat om het specifiek en met voldoende diepgang betrekken van indicatievoorwaarden in de risico-analyses en het uitvoeren van controles hierop. De NZa heeft aangegeven dat deze zorgverzekeraars deze aspecten moeten verbeteren.

*Opzet pilot stand wetenschap en praktijk:*

Voor de pilot stand van wetenschap en praktijk heeft de NZa de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- is de organisatie van de zorgverzekeraar ingericht op het controleren van zorg op de 'stand van wetenschap en praktijk' (procedures, inschakeling en bevoegdheden medische adviseurs bij beoordeling declaratieverwerking, machtigingenbeleid)?
- in hoeverre zijn de standpunten van CVZ geïmplementeerd en doorvertaald naar interne procedures en controles?
- nemen de medische adviseurs, in aanvulling op de CVZ standpunten, standpunten in over de stand van wetenschap en praktijk?
- wordt de stand van wetenschap en praktijk betrokken bij de formele en materiële controles?
- zijn er schattingen beschikbaar welk bedrag aan declaraties wordt tegengehouden?

*Uitkomsten pilot<sup>12</sup>*

Uit het onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars aandacht besteden aan het onderwerp stand wetenschap en praktijk. Een structurele inbedding in de organisatie en het expliciet zichtbaar maken van een audittrail moet nog worden verbeterd. Vooral de medisch adviseurs van de zorgverzekeraars zijn actief bezig met dit onderwerp. Het beeld of de medisch adviseurs, in aanvulling op de CVZ standpunten, zelf standpunten innemen is niet eenduidig. De één is daar actiever in dan de ander. Ook zijn er zorgverzekeraars die in de risico-analyses geen expliciet onderscheid maken tussen de bron en aard van de risico's, waardoor risico's rondom stand wetenschap en praktijk niet goed herkenbaar zijn. Hierdoor is het niet altijd te volgen hoe bijvoorbeeld de CVZ-standpunten zijn betrokken in de risico-analyses en de uitvoering van formele en materiële controles. Overige verbeterpunten zijn het expliciet betrekken bij de zorginkoop van de thema's rondom stand wetenschap en praktijk en het beter opzetten van spiegelinformatie (zie ook hoofdstuk 3).

De zorgverzekeraars hebben geen schatting gemaakt van wat met de controle op stand wetenschap en praktijk wordt tegengehouden en/of wat de bespaarmogelijkheden zijn. Zij geven aan dat het niet apart wordt geregistreerd en dat schattingen niet goed mogelijk zijn.

*Mogelijke aanpak*

Het thema gepast gebruik vergt een brede en interdisciplinaire aanpak. Het is niet voorbehouden aan de medisch adviseurs of de accountants. Er is een intensieve samenwerking nodig tussen cq betrokkenheid van onder andere zorginkoop, formele en materiële controle, medische adviseurs, control, Internal Audit, externe accountants.

De NZa heeft in diverse uitingen aangegeven dat zij verwacht dat zorgverzekeraars voor elke zowel aan de "voorkant" (bijvoorbeeld zorginkoop, systeem van machtigingen) als aan "de achterkant" (controles op declaraties) maatregelen nemen om gepast gebruik van zorg te borgen.

---

<sup>12</sup> Twee zorgverzekeraars zijn niet betrokken in de pilotuitkomsten, omdat deze hun activiteiten hebben overgedragen aan andere zorgverzekeraars.

De NZa heeft het standpunt dat adequate preventieve maatregelen, bijvoorbeeld in de vorm van (selectieve) zorginkoop, sturen op volumina, borgen controles in de keten, controle via machtigingen in het algemeen effectiever zijn dan (alleen) controles achteraf<sup>13</sup> op individueel declaratieniveau. Als controles alleen achteraf worden ingericht is het immers 'dweilen met de kraan open' en bestaat de kans dat alleen het topje van de ijsberg wordt geraakt. Preventie heeft een meer generieke werking. Ook bij een goede preventie zal praktijkvariatie nog wel via spiegels in beeld moeten worden gebracht. Enerzijds om te betrekken bij de zorginkoop, maar ook bijvoorbeeld om het machtigingenbeleid bij te sturen en om de grootste afwijkingen eruit te pikken en repressief te behandelen.

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

Ook andere partijen, zoals Vektis, kunnen een rol spelen bij het genereren van cijfermatig inzicht in bijvoorbeeld praktijkvariatie. Dit biedt mogelijk ook een oplossing voor de kleine landelijk werkende zorgverzekeraars die door de kleinere massa aan declaraties per zorgaanbieder moeilijker spiegels kunnen opstellen.

#### *Knelpunten*

Een belangrijk knelpunt die zorgverzekeraars aangeven is dat de prestatiebeschrijvingen van DBC-zorgproducten (Wmg) en de Zvw niet op elkaar aansluiten. De prestatie sluit niet altijd één op één aan op de 'verzekerde prestatie/aanspraken' conform de Zvw. Uit de declaratie blijkt niet altijd of er verzekerde of onverzekerde zorg is geleverd. De controle hierop komt bij zorgverzekeraars te liggen.

Een ander knelpunt is het ontbreken van de indicatie bij de declaratie. Aan de declaratie is de verrichting te herkennen, maar niet de indicatie/ernst van de aandoening. Hierdoor is het voor de zorgverzekeraars complex om te beoordelen of een verzekerde aangewezen is voor een bepaalde behandeling, omdat de zorgverzekeraar niet (standaard<sup>14</sup>) de beschikking heeft over de indicatie.

Diverse zorgverzekeraars hebben in gesprekken aangegeven dat het ontbreken van onafhankelijk tot stand gekomen en goede en scherpe (kwaliteits)richtlijnen en normen een knelpunt oplevert. Hierdoor is het voor zorgverzekeraars in de praktijk moeilijk om invulling te geven aan de eisen om ongepast gebruik van zorg tegen te gaan. De komst van het 'Kwaliteitsinstituut' kan mogelijk een goede impuls geven aan de totstandkoming van de professionele standaarden.

Uit de voorlichtingsronde over gepast gebruik die de NZa en het CVZ gezamenlijk in het voorjaar 2011 hebben gehouden bleek dat (mogelijke) imagoschade voor zorgverzekeraars ook een belangrijke rol speelt bij de controles op gepast gebruik. "Nee zeggen" tegen verzekerden levert het risico op dat zorgverzekeraars negatief in de

<sup>13</sup> Voor zover al goed mogelijk gezien de soms niet eenduidige norm.

<sup>14</sup> Indien er een machtiging heeft plaatsgevonden, beschikt de zorgverzekeraar wel over de indicatie.



publiciteit komen. Het effect hiervan kan zijn dat declaraties worden vergoed, die feitelijk daarvoor niet in aanmerking komen. De NZa wijst zorgverzekeraars op hun rol bij gepast gebruik en bij de bewaking van de betaalbaarheid en vindt dat potentiële imagoschade geen invloed mag hebben in de afweging om hun rol al dan niet uit te voeren. De NZa heeft er wel begrip voor dat zorgverzekeraars het laten meewegen in de mix van werkzaamheden die zorgverzekeraars inzetten (bijvoorbeeld meer afspraken bij de zorginkoop maken met zorgaanbieders ter preventie, mede gezien de andere genoemde knelpunten).

#### *DOT, Vrije prijzen en toenemende risicodragendheid*

Per 1 januari 2012 is DOT ingevoerd. Met de invoering van het DOT-systeem is het risico van upcoding (omdat bij een bepaald verrichtingenpatroon nog maar één DBC-zorgproduct hoort) en overdeclaratie (omdat zorgverleners niet zelf meer een DBC kunnen sluiten en een nieuwe openen voor dezelfde zorgvraag) verminderd ten opzichte van het voorgaande systeem.

Tegelijkertijd is het aandeel vrije prijzen in de ziekenhuiszorg verhoogd en is er sprake van een toenemende risicodragendheid voor zorgverzekeraars. De aanname is dat dit zou moeten leiden tot een grotere prikkel bij zorgverzekeraars om scherp in te kopen en controles te verrichten.

#### *Marktscan medisch specialistische zorg*

Uit de Marktscan medisch specialistische zorg, december 2011, van de NZa komt naar voren dat de volumegroei in het A-segment en het B-segment sterk van elkaar afwijkt. De volumegroei 2009-2010 in het B-segment is, gecorrigeerd voor eenmalige effecten, met 8,6% aanzienlijk hoger dan het A-segment (1,5%). Om de volumeontwikkelingen nader te onderzoeken heeft de NZa een doelgroepenanalyse uitgevoerd. Daarbij is voor een achttal veel voorkomende aandoeningen, voornamelijk in het B-segment, onderzocht hoe de productie zich ontwikkelt.

Uit de analyse blijkt dat voor de toenemende zorgvraag verschillende oorzaken zijn. Zo neemt het aantal DBC's per patiënt toe, een patiënt ziet meer verschillende specialisten. Dit verschilt per ziekenhuis. Ook is soms een innovatievere maar duurdere behandeling ontwikkeld. Ook hier hangt het sterk van het ziekenhuis af voor welke behandeling gekozen wordt. De NZa heeft aangegeven dat het aan zorgverzekeraars is om bij de inkoop van zorg afspraken over de variatie in behandelpraktijk te maken. Als zij gericht zorg inkopen kunnen zij de zorgkosten beter in de hand houden.

#### *Project PInCeT*

Op initiatief van VWS is het project 'Intensivering Controle en Toezicht' (PInCeT) gestart. Het doel van het project, mede ingegeven door het Regeerakkoord, is te bezien hoe vanuit de optiek van controle en het toezicht erop de collectieve middelen die worden besteed aan het wettelijk vastgestelde verzekeringpakket kunnen worden verminderd door mogelijke verbeteringen en aanpassingen in de gehele keten (van regulering en pakketbeheer tot registratie, verantwoording en controle en toezicht). Het project houdt verband met gepast gebruik van zorg, omdat het project mede beoogt dat zorg die niet conform de stand van wetenschap en praktijk wordt geleverd en/of zorg waar de verzekerde niet redelijkerwijs is op aangewezen, niet ten laste van de collectieve verzekering komt. Het project vangt aan met een procesbeschrijving, waarna een inventarisatie gemaakt wordt van mogelijke verbeteringen binnen de keten.

#### 4.4 Conclusie

Over het jaar 2010 heeft de NZa voor de eerste keer het gepast gebruik expliciet in het toezicht betrokken. De uitkomsten uit de pilot stand wetenschap en praktijk tonen aan dat het onderwerp meer structureel moet worden ingebed in de organisatie van zorgverzekeraars. De NZa kiest het onderwerp gepast gebruik ook voor het volgende vereveningsonderzoek als focuspunt en rolt de komende jaren het toezicht op gepast gebruik gefaseerd uit. De rol van de externe accountant staat hierbij nog ter discussie, omdat de beroepsgroep een duidelijk toetsbare norm nodig heeft en deze er (nog) niet altijd is. Ook van belang voor zorgverzekeraars is de goede en scherpe normering van richtlijnen en professionele standaarden. De komst van het Kwaliteitsinstituut kan hier mogelijk een impuls aan geven.

## 5. Opgave Verzekerde periode en persoonskenmerken

### 5.1 Inleiding

Zoals in paragraaf 1.3 is aangegeven is de actualiteit en juistheid van de verzekerdenadministratie als focuspunt benoemd. Het onderwerp van onderzoek betrof enerzijds de juistheid van de opgave Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010 en anderzijds het proces om de actualiteit van de verzekerdenadministratie te borgen.

### 5.2 Verrichte werkzaamheden

De NZa heeft het onderzoek naar de juistheid en actualiteit van de verzekerdenadministratie als volgt ingestoken:

- geven van controle-instructies via een Protocol;
- beoordelen follow-up voorgaand onderzoek;
- dossierreview accountants;
- opvragen aanvullende documentatie;
- verrichten van interviews.

### 5.3 Bevindingen

Het onderzoek naar de actualiteit en de juistheid van de verzekerdenadministratie heeft geleid tot de volgende opmerkingen en bevindingen.

#### *Assurancerapporten*

Bij alle opgaven Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010 van de zorgverzekeraars zijn goedkeurende<sup>15</sup> assurancerapporten afgegeven. Het totaal van de bij alle zorgverzekeraars gerapporteerde onjuistheden en onzekerheden voor de opgave bedraagt 0,11% van het totaal van de opgaven.

#### *Follow up*

In het algemeen hebben de zorgverzekeraars de follow-up van de verbeterpunten voor de verzekerdenadministratie voldoende opgepakt.

#### *Borging actualiteit*

De zorgverzekeraars borgen de actualiteit van de verzekerdengegevens door onder andere een match met de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA).

#### *Actualiteit woon adressen*

Een aantal zorgverzekeraars heeft verzekerden, die op het adres van de zorgverzekeraar stonden, opgenomen in het bestand verzekerdenperioden. De NZa heeft betreffende zorgverzekeraars verzocht een herzien bestand verzekerdenperioden en persoonskenmerken aan te leveren waarin de verzekerden op het adres van de zorgverzekeraar niet meer zijn opgenomen. Dit heeft plaatsgevonden.

---

<sup>15</sup> De eis hiervoor is 95% betrouwbaarheid en 97% nauwkeurigheid.

Een aantal zorgverzekeraars heeft verzekerden opgenomen in de opgave waarvan de actualiteit van het woonadres onzeker<sup>16</sup> is. Deze vormen een onderdeel van het hierboven genoemde percentage onjuistheden en onzekerheden. Deze zorgverzekeraars moeten de 'werkvoorraad' onbekende of niet actuele woonadressen nader analyseren en indien nodig corrigeren. De NZa heeft ook richting de zorgverzekeraars aangegeven dat, als uit nader onderzoek blijkt dat de verzekeringsgerechtigdheid niet (meer) blijkt te gelden, ook de bijbehorende schade moet worden gecorrigeerd. Zie ook paragraaf 6.3 waar is aangegeven dat de onbekende woonadressen ook van invloed zijn op het proces structurele maatregelen wanbetalers.

#### *Motivatie verzekerden zonder (geverifieerd) BSN*

Zorgverzekeraars kunnen in het 'deelbestand verzekerden zonder (geverifieerd) BSN' verzekerden opnemen waarvan geen BSN bekend is en/of het BSN niet is geverifieerd. Voorwaarde voor opname is het motiveren van de verzekeringsgerechtigdheid voor de Zvw, ondanks het ontbreken van een (geverifieerd) BSN. Bij een aantal zorgverzekeraars heeft de NZa aangegeven dat de motivatie moet worden verbeterd.

#### *Interne normen*

De NZa heeft in het Protocol benadrukt dat de nauwkeurigheids tolerantie van 3% is bedoeld voor de planning, uitvoering en evaluatie van het *accountantsonderzoek*. Deze is niet geschikt als norm voor de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars moeten de interne norm voor de uitvoering van de Zvw scherper stellen dan de 3%, de Zvw moet immers goed worden uitgevoerd. De NZa heeft geconstateerd dat twee concerns van zorgverzekeraars een interne norm hanteren voor de toets op de kwaliteit van de processen binnen de verzekerdenadministratie die in de buurt komt van de nauwkeurigheids tolerantie of zelfs overschrijdt. De NZa vindt dat de interne norm en de onderbouwing hiervan aangescherpt moet worden.

## 5.4 Conclusie

De NZa concludeert dat de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden op geaggregeerd niveau binnen de vastgestelde nauwkeurigheids eis van 3% blijven. Dit betekent dat op geaggregeerd niveau de opgaven Verzekerde periode en Persoonskenmerken, op basis van de accountantsproducten en aanvullend NZa-onderzoek, met inachtneming van een tolerantie van 3%, juist zijn<sup>17</sup>.

Benodigde verbeteringen betreffen de aanpak van de onbekende woonadressen, de motivatie van de opgenomen verzekerden in het deelbestand zonder (geverifieerd) BSN en de gehanteerde normen voor de kwaliteit van de uitvoering van de verzekerdenadministratie. De NZa neemt deze aspecten mee als focuspunten in het vereveningsonderzoek in 2012.

<sup>16</sup> Bijvoorbeeld omdat een deurwaarder terugkoppelt dat de verzekerde niet woonachtig is op het opgegeven adres.

<sup>17</sup> Deze conclusie doet geen afbreuk aan de eis in het protocol dat alle gevonden fouten moeten worden gecorrigeerd, dus ook als deze binnen de tolerantie vallen.

## 6. Structurele maatregelen wanbetalers

### 6.1 Inleiding

De Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers regelt de overdracht van wanbetalers met een premie-achterstand van meer dan 6 maanden aan het CVZ. De zorgverzekeraars moeten bij een betalingsachterstand van 2 respectievelijk 4 maanden zogenaamde twee- en viermaandsbrieven verzenden, waarin onder andere wordt aangekondigd dat na 6 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 in dit kader bij de zorgverzekeraar plaatsvinden. De NZa houdt geen toezicht op de uitvoering van de werkzaamheden die bij het CVZ plaatsvinden.

In het Uitvoeringsverslag Zvw 2010 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 Verrichte werkzaamheden

In tegenstelling tot de 'oude' wanbeterregeling dragen de zorgverzekeraars hun wanbetalers over aan het CVZ en stelt het CVZ de compensatie<sup>18</sup> vast. Daarom leveren zorgverzekeraars geen jaarlijks verantwoordingsproduct meer aan waarin zij de aantallen wanbetalers en dagen premieachterstand en compensatiedagen aanleveren. Wel gaat iedere aanlevering van wanbetalers aan het CVZ gepaard met een verantwoording dat zij de regelgeving in acht hebben genomen. Het toezicht van de NZa is gericht op het vaststellen of het proces bij de zorgverzekeraars voldoende werkt.

De NZa heeft het onderzoek naar het proces structurele maatregelen wanbetalers als volgt ingestoken:

- geven van controle-instructies via een Protocol;
- opvragen van en kennis nemen van informatie over het proces wanbetalers in het Uitvoeringsverslag Zvw 2010;
- beoordelen rapporten van feitelijke bevindingen van de accountants bij het Uitvoeringsverslag Zvw 2010;
- dossierreview accountants;
- opvragen aanvullende documentatie;
- verrichten van interviews.

### 6.3 Bevindingen

Het onderzoek naar het proces structurele maatregelen wanbetalers heeft geleid tot de volgende opmerkingen.

#### *Geen deelname*

Twee zorgverzekeraars nemen niet deel aan de compensatieregeling betalingsachterstanden. Zij voldoen wel aan de vereiste in de wet om een tweemaandsbrief te verzenden. Voordat de viermaandsbrief conform

---

<sup>18</sup> Het CVZ verstrekt de zorgverzekeraars een compensatiebedrag voor de overgedragen verzekerden met een premie-achterstand van groter dan 6 maanden.

de wettelijke termijnen moet worden verzonden, schrijven de zorgverzekeraars de desbetreffende verzekerden uit. Daarmee voorkomen de zorgverzekeraars de wettelijke plicht om aan de verdere voorwaarden te voldoen van de wet structurele maatregelen wanbetalers. De NZa brengt dit onder de aandacht van VWS, omdat hierdoor mogelijk de solidariteit in het stelsel onder druk komt te staan.

#### *Uitvoering tijdelijk stilgelegd*

Bij één zorgverzekeraar heeft de overdracht van wanbetalers aan het CVZ tijdelijk stilgelegd wegens problemen bij de overgang naar een nieuw geautomatiseerd systeem. De NZa heeft deze zorgverzekeraar via een informatieverzoek opgedragen een impactanalyse te maken en de NZa schriftelijk te rapporteren over de voortgang van de verbetermaatregelen en reparatie-acties.

#### *Onbekende woonadressen*

De NZa heeft van het CVZ vernomen dat het proces wanbetalers verstoord wordt door verzekerden zonder bekend woonadres. Op het totaal van alle verzekerden in Nederland is het een relatief beperkt probleem. Op het niveau van de wanbetalers is het echter wel een probleem, omdat in deze categorie de verzekerden zonder bekend woonadres oververtegenwoordigd zijn. Het CVZ kan door het ontbreken van gegevens niet overgaan tot bronheffing en ook het CJIB lukt het niet om te incasseren. De NZa vindt dat de zorgverzekeraars zich nog meer moeten inspannen om de problematiek van de onbekende woonadressen op te lossen. Zie ook paragraaf 5.3 waarin is aangegeven dat het niet hebben van (onder andere) een woonadres een signaal kan zijn om nader onderzoek te verrichten naar de actuele verzekeringsgerechtigdheid.

#### *Correspondentieproces*

Gebaseerd op signalering door zorgverzekeraars zelf valt het de NZa op dat correspondentie uit het reguliere incassotraject (bijvoorbeeld aanmaningen op basis van het Incassoprotocol) en voor de naleving van de Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers (twee-, vier- en zesmaandsbrieven) door zorgverzekeraars niet goed op elkaar zijn afgestemd. Verzekerden kunnen worden geconfronteerd met een dubbele correspondentie over de betalingsachterstanden, die verwarrend kan overkomen. De NZa vindt dat de zorgverzekeraars beide communicatielijnen beter moeten stroomlijnen. Uit gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat dit alleen op collectief niveau kan plaatsvinden, bijvoorbeeld door aanpassing van het door ZN uitgebrachte Incassoprotocol.

#### *Onjuiste maandpremie*

Een zorgverzekeraar hanteerde een onjuiste maandpremie voor de berekening van de drempel van 6 maanden achterstand voordat aanlevering aan CVZ plaatsvond. Het effect hiervan was dat de aanmelding aan het CVZ later plaats vond dan 6 maanden nominale premie. Dit was in het nadeel van de zorgverzekeraar, omdat de zorgverzekeraar ook later compensatie kreeg. De zorgverzekeraar heeft zijn proces aangepast.

#### *Overige bevindingen*

Daarnaast heeft de NZa opmerkingen gemaakt over:

- het analyseren en oplossen van uitval in het proces;
- inrichten of verbeteren van de verantwoordings- en controlecyclus;
- borging van de naleving door de volmachten;
- bewaking op de naleving van betalingsregelingen.

## 6.4 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, omdat de zorgverzekeraar nog een impactanalyse moet maken van de door de NZa geconstateerde bevindingen.





## 7. DBC-gegevens, gegevens opbrengstverrekening, GGZ-gegevens en Farmaciegegevens

### 7.1 Inleiding

De bestanden DBC-gegevens 2009, GGZ-gegevens 2009 en Farmaciegegevens 2010 bestaan uit declaratieregels per verzekerde met betrekking tot ontvangen declaraties van het betreffende jaar met een aantal kenmerken.

Daarnaast verantwoordden de zorgverzekeraars zich over kosten 2009 per ziekenhuis voor het A-segment. Deze gegevens worden gebruikt voor het bepalen van de opbrengstverrekening.

Bij elk bestand geeft een accountant een assurancerapport af en het bestuur van de zorgverzekeraar een bestuursverklaring.

### 7.2 Verrichte werkzaamheden

De NZa heeft het onderzoek naar de juistheid van de bestanden als volgt ingestoken:

- geven van controle-instructies via een Protocol;
- beoordelen follow-up voorgaand onderzoek;
- beoordelen strekking assurancerapporten bij de bestanden;
- kennisnemen bijzonderheden in de bestuursverklaringen (inclusief gerapporteerde onjuistheden en onzekerheden);
- kennisnemen bijzonderheden in de inleesverslagen CVZ voor de DBC-, GGZ- en de Farmaciegegevens;
- verrichten van cijferanalyse en verbandscontrole, waarbij alle zorgverzekeraars onderling vergeleken zijn.

Indien daartoe aanleiding bestond heeft de NZa aanvullend onderzoek verricht door bijvoorbeeld een dossierreview van de interne en/of externe accountant.

Voor het bestand GGZ-gegevens heeft de NZa wel standaard een dossierreview verricht, omdat het bestand voor het eerst voorzien werd van een assurancerapport.

### 7.3 Bevindingen

Het onderzoek naar de bestanden heeft geleid tot de volgende opmerkingen.

#### *Assurancerapporten:*

Bij alle bestanden zijn goedkeurende<sup>19</sup> assurancerapporten afgegeven, met uitzondering van een bestand GGZ-gegevens bij één zorgverzekeraar. Hiervoor is een assurancerapport met een beperking afgegeven voor het niet uitgevoerd hebben van controles. De desbetreffende zorgverzekeraar heeft op aandringen van de NZa deze

---

<sup>19</sup> De eis hiervoor is 95% betrouwbaarheid en 97% nauwkeurigheid en voor verantwoordingen vóór 2010 95% betrouwbaarheid en 95% nauwkeurigheid.

controles met prioriteit opgepakt. Zie verder de bevindingen bij de GGZ-gegevens.

*Follow up voorgaand onderzoek:*

In zijn algemeenheid is de follow-up voldoende opgepakt door de zorgverzekeraars.

*DBC-gegevens 2009:*

Er zijn geen gerapporteerde en ongecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden die de juistheid van de opgave DBC-gegevens 2009 raken. Wel is er voor 0,10% aan onjuistheden onzekerheden in het kenmerk 'bedrag' geconstateerd. Dit heeft echter geen effect op de juistheid van de opgaven, omdat het financiële kenmerk in de opgaven alleen ter identificatie is opgenomen en geen rol speelt in de bepaling van de DKG (Diagnose Kostengroep).

*Gegevens voor de opbrengstverrekening 2009:*

Voor één zorgverzekeraar heeft de NZa geconstateerd dat de gehele verantwoording fout was. De zorgverzekeraar heeft een nieuwe opgave moeten inzenden inclusief een nieuw assurancerapport. Er resteren, ná inzending van de nieuwe opgave, geen gerapporteerde en ongecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden.

*GGZ-gegevens 2009:*

Het totaal van de bij alle zorgverzekeraars gerapporteerde onjuistheden en onzekerheden voor de opgave GGZ-gegevens 2009 bedraagt 0,04% van het totaal van de opgaven. Bij één zorgverzekeraar heeft de NZa zich voor de opgave GGZ-gegevens onthouden van een oordeel over de juistheid wegens het niet volledig afgerond zijn van controles. Met het CVZ is afgestemd dat deze onthouding van het oordeel geen consequenties heeft voor de vereveningsbijdrage door het CVZ, omdat de kosten GGZ 2009 het komende jaar opnieuw<sup>20</sup> voor alle zorgverzekeraars worden uitgevraagd.

*Farmaciegegevens 2010:*

Er zijn geen gerapporteerde en ongecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden die de juistheid van de opgave Farmaciegegevens 2010 raken. Wel is er voor 0,09% aan onjuistheden en onzekerheden in het kenmerk 'bedrag' geconstateerd. Dit heeft echter geen effect op de juistheid van de opgaven, omdat het financiële kenmerk in de opgaven alleen ter identificatie is opgenomen en geen rol speelt in de bepaling van de FKG (Farmacie Kostengroep).

## 7.4 Conclusie

De NZa concludeert dat de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden op geaggregeerd niveau binnen de vastgestelde nauwkeurigheidseisen van 3% voor het farmaciebestand 2010 en 5%<sup>21</sup> voor de bestanden DBC-gegevens 2009, gegevens 2009 voor de opbrengstverrekening en de GGZ-gegevens 2009 blijven. Dit betekent dat op geaggregeerd niveau deze opgaven op basis van de

<sup>20</sup> In de opgave Meerjarig Hoge Kosten 2009 wordt een kolom schadebedrag GGZ 2009 toegevoegd. De definitie van het schadebedrag is gewijzigd doordat het moet worden gecorrigeerd voor de opbrengstverrekening.

<sup>21</sup> Vanaf het verantwoordingsjaar 2010 geldt een tolerantie van 3%. Voor verantwoordingsjaren vóór 2010 geldt conform het protocol vereveningsonderzoek Zvw 2010 nog de 'oude tolerantie' van 5%.

accountantsproducten en aanvullend NZa-onderzoek, met inachtneming van een tolerantie van 3% respectievelijk 5%, juist zijn<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Deze conclusie doet geen afbreuk aan de eis in het protocol dat alle gevonden fouten moeten worden gecorrigeerd, dus ook als deze binnen de tolerantie vallen.



## 8. Jaarstaat

### 8.1 Inleiding

In de jaarstaat Zvw 2010, onderdeel A, is een verzameling van (financiële) informatie opgenomen over kosten van prestaties, betalingsachterstanden, boeteregeling en gedetineerden.

Bij de jaarstaat wordt een controleverklaring door een externe accountant en een bestuursverklaring door het bestuur van de zorgverzekeraar afgegeven.

### 8.2 Verrichte werkzaamheden

De NZa heeft het onderzoek naar de juistheid van de jaarstaat, onderdeel A als volgt ingestoken<sup>23</sup>:

- geven van controlevoorschriften via een Protocol;
- beoordelen follow-up voorgaand onderzoek;
- beoordelen strekking controleverklaring bij de jaarstaat;
- kennisnemen bijzonderheden in de bestuursverklaringen (inclusief gerapporteerde onjuistheden en onzekerheden);
- verrichten van cijferanalyse en verbandscontrole, waarbij alle zorgverzekeraars onderling vergeleken zijn;
- nader onderzoeken van ontvangen signalen;
- de opgave premie-achterstanden wanbetalers is met meer diepgang onderzocht, wegens een hogere kans op fouten.

Indien daartoe aanleiding bestond heeft de NZa aanvullend onderzoek verricht door bijvoorbeeld een dossierreview van de externe accountant en/of het vragen van nadere documentatie en toelichtingen.

### 8.3 Bevindingen

Het onderzoek heeft geleid tot de volgende opmerkingen:

#### *Controleverklaringen:*

Bij alle jaarstaten, onderdeel A zijn goedkeurende<sup>24</sup> controleverklaringen afgegeven, met uitzondering van één zorgverzekeraar. Hiervoor is een controleverklaring met een beperking afgegeven voor het niet uitgevoerd hebben van de boeteregeling. Wegens gewijzigde regelgeving op het gebied van de boeteregeling bij het zich niet verzekeren voor de Zvw, dringt de NZa hier niet aan op herstel. Het heeft geen impact op de juistheid van de financiële verantwoording (zie ook bevindingen 'boeteregeling 2010' op pagina 34).

#### *Follow up voorgaand onderzoek:*

In zijn algemeenheid is de follow-up van de onjuistheden en onzekerheden uit het voorgaande onderzoek voldoende opgepakt door de zorgverzekeraars<sup>25</sup>. Een aantal zorgverzekeraars moet de transparantie van de follow-up vergroten, dus beter zichtbaar maken.

<sup>23</sup> De NZa heeft de keuze gemaakt, mede op basis van risico-analyse, om zich voor deze bestanden meer te baseren op de accountantswerkzaamheden en alleen indien daartoe aanleiding bestaat het onderzoek dieper in te steken. Het CVZ en VWS zijn in mei 2011 over deze keuze geïnformeerd.

<sup>24</sup> De eis hiervoor is 95% betrouwbaarheid en 97% nauwkeurigheid.

<sup>25</sup> De opvolging van de verbeterpunten voor het proces materiële controles is al behandeld in hoofdstuk 3. Deze zijn hier buiten beschouwing gelaten.

Ook moeten een aantal onzekerheden uit het voorgaande jaar (2009) nog nader worden uitgezocht. Het jaar 2008 is bij de meeste zorgverzekeraars afgewikkeld. Er resteert nog een bedrag van € 16,7 mln. (0,05%) aan onjuistheden en onzekerheden in de kostenopgave 2008. Hierbij gaat het vooral om onzekerheid over de kosten van prestaties voor door het CVZ afgewezen verzekerden op de opgave verzekerden zonder (geverifieerd) BSN 2008 (€ 5,9 mln.) en een onzekerheid met betrekking tot de afwikkeling van parallelle en seriële DBC's van € 7,4 mln. met betrekking tot het jaar 2008.

*Kosten van prestaties 2010:*

Het totaal van de bij zorgverzekeraars gerapporteerde en nog niet gecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden voor de kosten van prestaties bedraagt over 2010 € 348,8 mln. (1,00% van het totaal) respectievelijk € 204,6 mln. (0,59% van het totaal). Het totaal van de onjuistheden en onzekerheden bedraagt € 553,4 mln. op de totale kosten van prestaties ter hoogte van € 34.861 mln. De nog niet gecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden bedragen gezamenlijk 1,59% (2009: 0,62%) van het totaal van de kosten van prestaties. Dit ligt op een hoger niveau dan voorgaand jaar, vooral veroorzaakt doordat een groot deel van de onjuistheid betrekking heeft op één zorgverzekeraar waarbij sprake is van incidentele onjuistheden in de opgenomen balanspost ter hoogte van € 300 mln. De NZa geeft een formele aanwijzing aan de zorgverzekeraar. Exclusief deze post gaat het over 2010 om 0,73% onjuistheden en onzekerheden.

Een groot deel van de onzekerheden heeft betrekking op de afwikkeling van de zogenaamde controversiële DBC's. Dit betreft parallelle en seriële DBC's, die mogelijk onjuist zijn gedeclareerd door ziekenhuizen. De afwikkeling en afstemming tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen vergt vaak enige tijd (zie ook paragraaf 2.8).

De zorgverzekeraars moeten de geconstateerde nog niet gecorrigeerde onjuistheden corrigeren in de jaarstaat 2011 en de onzekerheden nader uitzoeken en indien nodig corrigeren in de jaarstaat 2011.

Diverse zorgverzekeraars verantwoorden de DBC's van de St. Maartenskliniek op onjuiste wijze. In de individuele rapporten is deze zorgverzekeraars erop gewezen om in de jaarstaat 2011 correcties door te voeren. Van belang is dat de zorgverzekeraars zich ook in de HKC-opgaven op een juiste wijze verantwoorden.

*Gederfde premie-inkomsten gedetineerden 2010:*

Bij één zorgverzekeraar is een verkeerde nominale premie gehanteerd. Dit heeft een beperkte impact. De NZa heeft bij de overige zorgverzekeraars geen onjuistheden en onzekerheden geconstateerd.

*Boeteregeling 2010:*

Gezien de voorgenomen wetswijziging voor opsporing onverzekerden heeft de NZa in het Protocol het toetsen op de *volledigheid* van de opgelegde boetes weggelaten. Het normenkader heeft betrekking op de *juistheid* van de in de jaarstaat opgenomen bedragen voor geïncasseerde boetes. Voor één zorgverzekeraar is in de jaarstaat op basis van nader onderzoek een correctiebedrag opgenomen voor de periode 2006-2009.

*Opgave premie-achterstanden wanbetalers:*

Voor de compensatieregeling betalingsachterstanden<sup>26</sup> geldt dat drie<sup>27</sup> zorgverzekeraars hieraan niet deelnemen. Zij zenden geen opgave in en krijgen dan ook geen compensatie voor betalingsachterstanden groter dan 6 maanden. Bij zeven zorgverzekeraars heeft de NZa onjuistheden in de opgave geconstateerd. Een veel voorkomende fout is de verschuiving tussen de doorlopende verzekering en de uitvraag voor beëindigde verzekeringen. Vijf zorgverzekeraars hebben een herziene opgaven moeten inzenden. Bij de overige 2 zorgverzekeraars waren de onjuistheden beperkt van aard en wordt dit in de volgende (definitieve) opgave gecorrigeerd.

## 8.4 Conclusie

De NZa concludeert dat de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden voor de kosten van prestaties, de gedeelde premie-inkomsten gedetineerden, de opgave boeteregeling en de opgave betalingsachterstanden op geaggregeerd niveau binnen de vastgestelde nauwkeurigheidseis van 3% blijven. Dit betekent dat op geaggregeerd<sup>28</sup> niveau deze opgaven op basis van de accountantsproducten en aanvullend NZa-onderzoek, met inachtneming van een tolerantie van 3%, juist zijn<sup>29</sup>.

---

<sup>26</sup> De opgave betalingsachterstanden betreft de 'oude regeling'. De structurele maatregelen wanbetalers zoals genoemd in paragraaf 6.4 betreft de 'nieuwe regeling'.

<sup>27</sup> Dit wijkt af van het onder paragraaf 6.4 genoemde aantal (2) voor de structurele maatregelen wanbetalers, omdat één zorgverzekeraar zijn activiteiten heeft gestaakt en heeft overgedragen aan een andere zorgverzekeraar.

<sup>28</sup> Bij één zorgverzekeraar is geconstateerd dat de niet gecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden de gestelde nauwkeurigheidstolerantie ad 3% overschrijdt. Dit is vooral veroorzaakt door de hiervoor genoemde onjuiste balanspost ad € 300 mln. Voor het oordeel dat het CVZ moet geven bij het Zorgverzekeringsfonds (ZVF) is het geaggregeerde niveau echter van belang (voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk). Op dit niveau blijft het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3%.

<sup>29</sup> Deze conclusie doet geen afbreuk aan de eis in het protocol dat alle gevonden fouten moeten worden gecorrigeerd, dus ook als deze binnen de tolerantie vallen.





## 9. Uitvoering Compensatieregeling eigen risico

### 9.1 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 eigen risico. Namens de zorgverzekeraars levert Vektis hiertoe bij het CAK de persoonsgegevens aan van rechthebbenden op grond van 'meerjarige onvermijdbare zorgkosten'. Het CAK stelt zelf de rechthebbenden vast op grond van verblijf in een AWBZ-instelling. Het bepalen van het recht op compensatie en de uitkering daarvan dient juist, volledig en tijdig te geschieden.

### 9.2 Verrichte werkzaamheden

De NZa heeft het onderzoek naar de uitvoering CER als volgt ingestoken:

- geven van controlevoorschriften via een Protocol accountantsonderzoek CAK;
- opvragen van informatie via het Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw en beoordelen van het Uitvoeringsverslag Zvw;
- beoordelen follow-up voorgaand onderzoek;
- beoordelen strekking controleverklaring CAK;
- kennismaken bijzonderheden in de bestuurlijke verantwoording CAK;
- kennismaken foutentabellen van de externe accountants;
- verrichten cijferanalyse en verbandscontroles;
- opvragen aanvullende documentatie.

### 9.3 Bevindingen

#### *Verstrekken gegevens door zorgverzekeraars*

Voor de uitvoering van de CER hebben zorgverzekeraars de taak om persoonsgegevens (BSN, bankrekeningnummer) van rechthebbenden te verstrekken aan het CAK. De zorgverzekeraars moeten deze gegevens vóór 1 oktober van het jaar van uitkering aan het CAK verstrekken.

De NZa kan geen oordeel geven over de aanlevering van de benodigde persoonsgegevens van rechthebbenden door de zorgverzekeraars aan het CAK. De aanlevering was tot en met 2009 gebaseerd op gegevens die geprotocolleerd waren en onder toezicht van de NZa vielen. In 2010 is dit losgekoppeld en betreft de basis ongecontroleerde informatie. Daarnaast verricht Vektis voor de aanlevering aan het CAK nog verwerkingslagen op de informatie. Dit valt ook buiten het toezicht van de NZa. Van belang is dat de formele borging beter geregeld wordt. De NZa heeft dit in een ketenoverleg met CVZ en VWS aangegeven.

#### *Uitkeringen door het CAK*

Het CAK heeft in 2010 bijna 2 mln. (2009 ruim 1,9 mln.) toekenningsbeschikkingen vastgesteld voor rechthebbenden op de compensatie eigen risico.

Van 1,5% van de rechthebbenden was per ultimo 2010 nog geen adres of bankrekening bekend, zodat nog niet tot uitkering kon worden overgegaan. 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, gaat het CAK alsnog tot uitbetaling over. Het aantal rechthebbenden waarvan nog onvoldoende gegevens bekend zijn voor het betalen van de uitkering is voor de uitkeringsjaren 2008 en 2009 inmiddels afgenomen tot circa 0,3%.

Het CAK heeft de beslissingen op aanvragen en bezwaren voldoende onderbouwd. Het aantal bezwaarzaken is enorm gedaald naar 300 (2009: ca 2.000, 2008: ca. 16.000).

Over 2010 zijn geen onrechtmatigheden en/of onzekerheden vastgesteld. Het CAK heeft voldoende maatregelen getroffen voor de volledige, juiste en tijdige uitkering van de compensatie eigen risico.

#### *Budget beheerskosten CAK*

De NZa heeft geen opmerkingen over de aanwending door het CAK van zijn budget beheerskosten voor de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico.

#### *Afdracht interest door CAK*

Als betaalkantoor beschikt het CAK over liquide middelen. Omdat de kosten van het CAK gedekt worden door het budget beheerskosten, moeten de interestopbrengsten volledig aan het ZVF worden afgedragen. De interest over de liquide middelen ZVF is in 2010 volledig ten gunste van de rekening-courant met het ZVF gebracht.

## **9.4 Conclusie**

Het CAK heeft de processen uitkering CER, beheerskosten CER en interest geldmiddelen ZVF in voldoende mate uitgevoerd. De NZa onthoudt zich van een oordeel over de uitvoering van de taak die zorgverzekeraars hebben tot het verstrekken van de benodigde persoonsgegevens aan het CAK.