



Wat doen wij in 2025 om
de zorg kwalitatief zo
hoog mogelijk te houden
voor een betaalbare prijs?

Controleplan 2025

voor materiële en kwaliteitscontroles
in de Wet langdurige zorg



Inhoud

1. Inleiding

Waarom voeren we controles uit?

- 1.1 Wat hebben we geleerd in 2024?
- 1.2 Van zorg naar gezondheid

2. Controles 2025

Welke controles voeren we in 2025 uit?

3. De afdeling M&KC

- 3.1 De stappen binnen een onderzoek
- 3.2 Waarborgen privacy

Bijlagen

1. Inleiding

Waarom voeren we controles uit?

De zorgkosten zullen de komende jaren verder stijgen. Of je dit document nu leest als verzekerde, verzekeraar of zorgaanbieder, we hebben allemaal wel eens zorg nodig. Op de eerste plaats is het belangrijk dat deze zorg goed is. Daarnaast vinden we het ook fijn als de zorg betaalbaar blijft. Wij als Zorg en Zekerheid dragen hier op veel manieren aan bij. Een manier is de controles die we jaarlijks uitvoeren op de zorg die bij ons wordt gedeclareerd. We zetten vooral in op spiegelinformatie en de dialoog met zorgaanbieders. Met elkaar zorgen we ervoor dat de zorg betaalbaar en toegankelijk voor iedereen blijft. In dit document leest u wat we in 2025 gaan onderzoeken en hoe wij dit aanpakken.

1.1 Wat hebben we geleerd in 2024?

In dit controleplan blikken we ook terug op het afgelopen jaar. Wat ging er goed? Wat kan er beter?

De bereidheid tot samenwerking ervaren wij als positief. Zo ook de directe communicatie waarbij aanbieders zelf om informatie over controles vragen, adviezen omarmen en we gezamenlijk tot het maken van verbeterafspraken komen. Daarnaast hebben we het afgelopen jaar met zorgaanbieders wederom geïnvesteerd in correct registreren en declareren. Ook zetten we samen met zorgaanbieders onverminderd in op zorgvuldig omgaan met persoonsgegevens.

Er gaat gelukkig veel goed. Helaas komen we ook bij een aantal zorgaanbieders zaken tegen die we volgend jaar verwachten niet meer te zien, namelijk:

- Extreem declaratiegedrag zonder aanwijsbare reden,
- Slordig omgaan met persoonsgegevens,
- Het zwaarder wegen van financiële belangen dan de gezondheid van de mensen die goede zorg nodig hebben
- Veel weerstand waardoor de materiële

controle onnodig meer tijd en moeite kost voor zowel de zorgaanbieder als zorgverzekeraar.

1.2 Van zorg naar gezondheid

Het zorgkantoor wil in samenwerking met zorgaanbieders en cliënten ervoor zorgen dat we de gezondste regio van Nederland worden. Naast onze controles zitten we vaak met zorgaanbieders om de tafel. Tijdens deze gesprekken zullen we, waar dat mogelijk is binnen de wet- en regelgeving, het belang van preventie benadrukken zodat we de stap van zorg naar gezondheid beter kunnen zetten.



2. Controles 2025

Welke controles voeren we in 2025 uit?

Door het jaar heen verzamelen we risico's die onderzoekswaardig zijn voor het volgende jaar. Aan het einde van het jaar voeren we een aantal analyses uit om de risico's te prioriteren en te bepalen welke onderwerpen we het komende jaar gaan onderzoeken. Het kan natuurlijk gebeuren dat er door het jaar heen opeens risico's naar voren komen die direct onderzocht moeten worden. Deze risico's kunnen gemeld worden vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), klanten of door interne signalen. Deze interne signalen kunnen door medewerkers worden ingediend via de signalentool of op basis van data-analyses naar voren komen via het systeem AURA (AUtomatische Risico Analyse). Op deze risico's zal opnieuw een risicoschatting worden gemaakt voor de Wlz. Ziet of hoort u iets waardoor u twijfelt aan de gepastheid of de daadwerkelijke levering van de zorg? Laat het ons weten door te mailen naar materielecontrole@zorgenzekerheid.nl.



De onderstaande lijst is dus niet uitputtend en kan gedurende 2025 nog aangepast worden.

Thema's

- MPT: overschrijding budget cliënten
- Rechtmatigheid PTZ
- Rechtmatigheid Mondzorg



3. De afdeling materiële en kwaliteitscontrole

Als afdeling Materiële & Kwaliteitscontrole zijn we wettelijk verplicht om te controleren of de zorg die bij Zorg en Zekerheid wordt gedeclareerd, daadwerkelijk wordt geleverd en gepast was. Fouten maken is menselijk. Als wij vaststellen dat er een fout is gemaakt, moeten we hier actie op ondernemen. Wij onderzoeken mogelijke fouten uitvoerig volgens het wettelijk protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze staat in **bijlage 2** weergegeven. Wij gaan er bij onze onderzoeken ook niet vanuit dat er



sprake is van opzettelijke fouten. Wij onderzoeken dus geen fraude. De afdeling bestaat uit een leidinggevende, adviserend verpleegkundigen (met BIG-registratie), onderzoekers, een onderzoeksondersteuner en onderzoeksleders. Daarnaast wordt intensief samengewerkt met de medisch adviseurs uit het Medisch Advies Team (MAT). Het MAT bestaat uit adviserend geneeskundigen, adviserend verpleegkundigen, adviserend tandarts, adviserend fysiotherapeut en adviserend apotheker. Zij zijn inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de medisch inhoudelijke beoordelingen.

3.1 De stappen binnen een onderzoek

Er zijn een aantal stappen die we binnen een onderzoek nemen om de rechtmatigheid en gepastheid van zorg te controleren. Hierbij letten we er altijd op dat we pas een zwaarder onderzoeksmiddel inzetten als het controledoel bij de voorgaande stappen nog niet is bereikt

(subsidiariteit) en wegen we altijd de inbreuk op de levenssfeer van de verzekerde en het beoogde doel van het onderzoek af (proportionaliteit).

We beginnen altijd met een controledoel en het uitvoeren van een algemene risicoanalyse. Na een algemene risicoanalyse selecteren we een aantal zorgaanbieders waarbij we het onderzoek gaan uitvoeren. Dit wordt verwerkt in een algemeen onderzoeksplan. Vervolgens nemen we contact op met de zorgaanbieder en informeren wij ze over het onderzoek. Wij zijn op zoek naar een verklaring voor de uitkomsten van de algemene risicoanalyse. Als er onzekerheid blijft bestaan voeren we een specifieke risicoanalyse uit op cliëntniveau bij deze aanbieder.

Het is belangrijk dat we de controles uitvoeren op een manier waarbij de zorgaanbieders zo min mogelijk belast worden. Daarbij vinden we het belangrijk om met elkaar het gesprek aan te gaan. Daar waar mogelijk werken we

met spiegelinformatie (= een vergelijking tussen aanbieders die vergelijkbare zorg bieden en/of cliënten hebben) om samen met de zorgaanbieder verklaringen te vinden voor afwijkende declaratiepatronen. De stappen binnen het onderzoek worden op de volgende pagina's nader toegelicht.

Algemene onderzoeksfase

In de algemene onderzoeksfase wordt inzicht verkregen in het onderzoeksthema en het declaratiegedrag van zorgaanbieders. Er worden statistische analyses uitgevoerd om een goed beeld te krijgen van de markt, het onderwerp of een aantal zorgaanbieders. Bij het uitvoeren van deze analyses wordt zo goed mogelijk rekening gehouden met de achtergrondkenmerken van de zorgaanbieder en diens populatie zodat we geen appels met peren vergelijken.

De onderzoeksvraag in de algemene onderzoeksfase begint vaak met: 'Is de

gedeclareerde zorg daadwerkelijk geleverd en/of gepast...' gevolgd door het onderwerp. Tijdens de algemene onderzoeksfase gaan we eerst op zoek naar opvallende zaken om deze vervolgens te verklaren. Bij het verklaren van de opvallende declaratiepatronen hebben we regelmatig de hulp van de zorgaanbieder nodig. We gaan het gesprek aan met de zorgaanbieder om samen naar een verklaring te zoeken voor afwijkende declaratiepatronen. Tijdens deze algemene onderzoeksfase worden er geen medische

dossiers opgevraagd en ingezien.

Specifieke onderzoeksfase

Bij het uitblijven van een goede verklaring voor de afwijkende declaratiepatronen hebben we onvoldoende zekerheid over de daadwerkelijke levering en/of gepastheid van de gedeclareerde zorg. Om deze reden voeren we een specifieke risicoanalyse (Een Zie bijlage 2 stap 5) uit om specifieke declaraties naar boven te halen en verder te onderzoeken. Aangezien het hier vaak



om gegevens op cliëntniveau gaat wordt er ook nauw samengewerkt met de medisch adviseurs in dienst bij Zorg en Zekerheid.

Na het opstellen van een specifiek onderzoeksplan wordt de detailcontrole uitgevoerd. Een detailcontrole kan onder andere bestaan uit het opvragen van informatie bij de zorgaanbieder, vragen om een toelichting op vermoedelijk foutief gedeclareerde declaratieregels, het opvragen van informatie bij cliënten door middel van enquêtes enzovoorts. Na beoordeling van de aanvullende informatie krijgt de zorgaanbieder via een hoorwederhoortraject de gelegenheid op de



bevindingen te reageren. Vervolgens beoordeelt de medisch adviseur of er nu wel voldoende zekerheid is verkregen over de rechtmatigheid/gepastheid van de gedeclareerde zorg. Wanneer er voldoende zekerheid is verkregen kan het onderzoek worden afgerond. Bij het uitblijven van deze zekerheid is een aantal acties mogelijk.

Acties naar aanleiding van de onderzoeksresultaten

Wanneer het onderzoek is afgerond en er onrechtmatigheden zijn geconstateerd kunnen wij tot verschillende acties overgaan op basis van de resultaten van het onderliggende onderzoek.

De volgende acties zijn mogelijk als er onrechtmatigheden en/of ongepastheden zijn geconstateerd:

- Onterechte declaraties corrigeren, verrekenen en/of terugvorderen.
- Aanbevelingen/adviezen bespreken en mogelijk implementeren bij het Zorgkantoor

(zoals het aanpassen van contracten en/of beleid)

- Aanbevelingen/adviezen geven aan zorgaanbieders waarmee onrechtmatigheden in de toekomst voorkomen worden (zoals het aanpassen van protocollen en/of processen)

3.2 Waarborging privacy

Gedurende het gehele proces dat hierboven is beschreven wordt er zorgvuldig omgegaan met persoonsgegevens volgens de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.

Deze zorgvuldigheid wordt onder andere gewaarborgd door het aanstellen van een Functionele Eenheid (FE) welke onder verantwoordelijkheid van de adviserend geneeskundige werkt. Werknemers die werken met privacygevoelige gegevens vallen onder deze FE en hebben een geheimhoudingsplicht.

Bijlage 1

Wettelijk kader

Materiële en kwaliteitscontrole door de zorgverzekeraar moet voldoen aan diverse wet- en regelgeving. Het wettelijk kader waarbinnen de afdeling materiële & kwaliteitscontrole (M&KC) haar materiële controle uitvoert betreft de volgende wet- en regelgeving. Hierbij dient opgemerkt te worden dat deze lijst niet limitatief is.

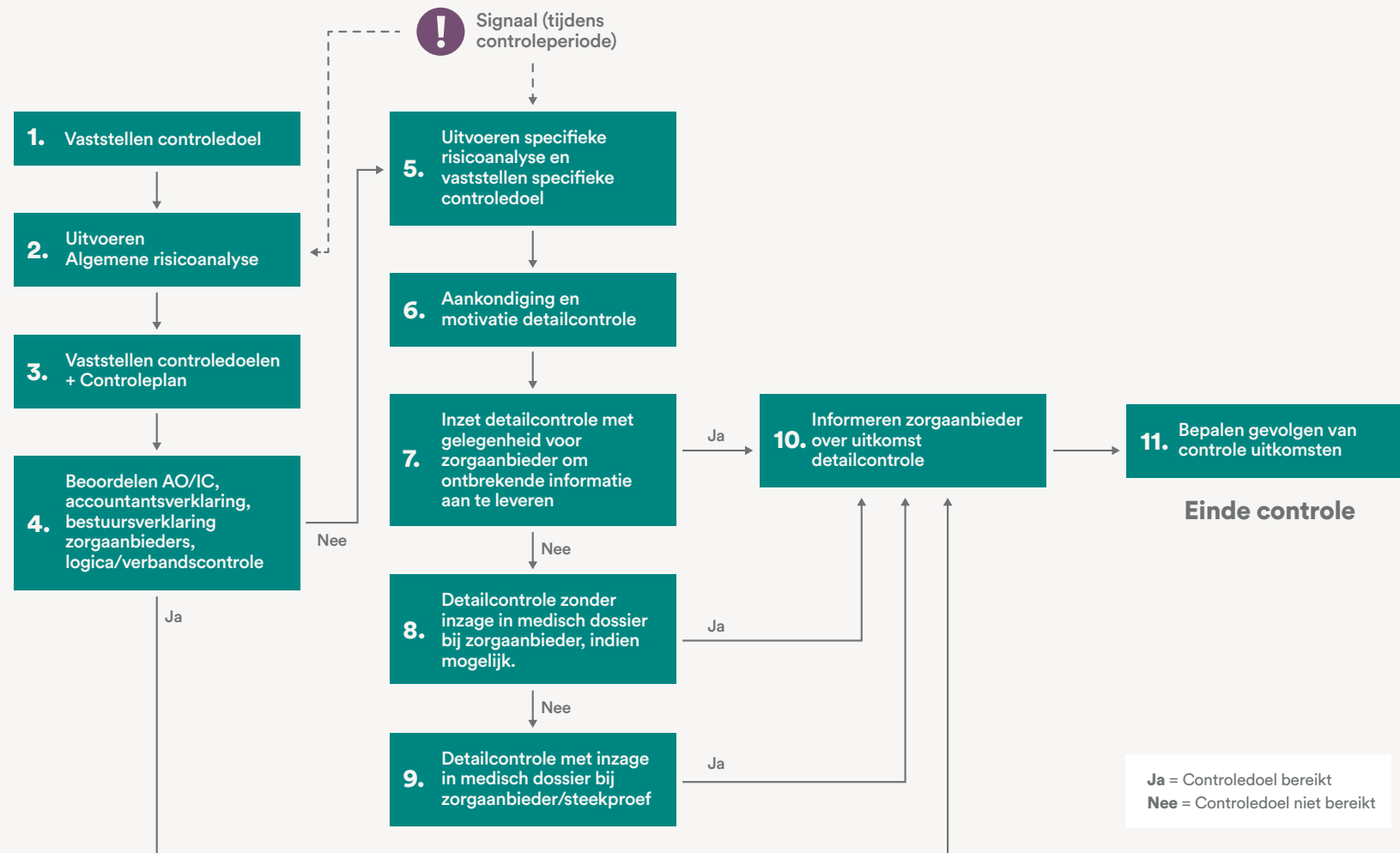
- Wet langdurige Zorg (Wlz)
- Regeling langdurige zorg (Rlz)
- Besluit langdurige zorg (Blz)
- Regeling zorgverzekering
- Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)
- Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)
- Regeling Administratieve Organisatie/
Interne Controle Wlz-zorgaanbieders van de
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Uniforme maatregelen van Zorgverzekeraars
Nederland (ZN)
 - o Specifiek: nr. 1 Functionele eenheid

Binnen het kader van privacy en de bescherming van persoonsgegevens zijn de volgende wet- en regelgeving van toepassing. Ook deze lijst is niet limitatief:

- Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)
- Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens
Zorgverzekeraars
- Protocol Materiële Controle van
Zorgverzekeraars Nederland
- Wet op de beroepen in de individuele
gezondheidszorg (BIG)
- Wet op de geneeskundige
behandelovereenkomst (WGBO)

Bijlage 2

Proces materiële controle



Bijlage 3

Steekproeven in het kader van materiële controle.

Bij een detailcontrole kan er informatie over onze verzekerden worden opgevraagd bij de zorgaanbieder. Dit kan zowel gaan om individuele gevallen, als steekproefsgewijs. Binnen een detailcontrole moet de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer in verhouding staan tot het beoogde doel van de controle. Dit is het principe van proportionaliteit. Ons uitgangspunt bij steekproeven is dat zij enkel worden uitgevoerd, wanneer het niet mogelijk en proportioneel is om op een andere manier het controledoel te behalen. Hieronder geven we meer informatie hoe steekproeven worden uitgevoerd en hoe wij borgen dat deze voldoende representatief zijn.

Representatieve steekproef

Het doel van een steekproef is om een betrouwbare schatting te doen van het onrechtmatige deel van de schademassa. De volgende criteria worden gebruikt om een representatieve steekproef te trekken binnen een materiële controle:

- De steekproef is aselekt. Aselekt betekent dat we de steekproef willekeurig trekken. Alle verzekerden/declaraties maken dan even veel kans om opgenomen te worden in een steekproef. Er zijn verschillende methoden om dit te doen. We zijn hier transparant in, de methode kan inzichtelijk worden gemaakt.
- De steekproef is representatief voor de periode waarover de controle gaat.
- De steekproef is representatief voor de soort verrichting/prestatie en de totale hoeveelheid declaraties voor die verrichting over de vastgestelde periode.

Deze criteria zijn vastgesteld in jurisprudentie van de Commissie voor de Rechtspraak 22 april 2002, RZA 2004, 56. Deze criteria zijn nog eens bevestigd in het vonnis van 27 mei 2015 van de Rechtbank Utrecht St. Allekleur Zorg vs Zilveren Kruis c.s.

Steekproefgrootte

De steekproefgrootte wordt bepaald aan de hand van drie factoren:

1. De grootte van het aantal verzekerden/declaraties
2. De gewenste nauwkeurigheid. Dit is de maximale afwijking die we willen toelaten tussen de gemeten waarde en de werkelijke waarde.
3. Het gewenste betrouwbaarheidsniveau (vaak 95%). Dit is de mate van onzekerheid die we willen toelaten bij het doen van uitspraken over de populatie op basis van de resultaten in de steekproef.

Extrapolatie

Na het trekken van de steekproef en het uitvoeren van de controle kan in overleg met de zorgaanbieder worden besloten om over te gaan tot uitbreiding van de steekproef of tot extrapolatie van de resultaten van de steekproef over de totale grootte van het aantal

Bijlage 3

Steekproeven in het kader van materiële controle.

verzekerden/declaraties.

Extrapolatie vindt plaats per soort verrichting over de periode waarvoor de steekproef representatief is. Bij de extrapolatie van de resultaten van de steekproef hanteren wij een onbetrouwbaarheidsmarge. Deze onbetrouwbaarheidsmarge geeft aan tussen welke waarden de uitkomst van de controle waarschijnlijk zal zitten. Hierbij geldt, hoe groter de steekproef hoe kleiner de onbetrouwbaarheidsmarge.